

Central East **LHIN**

Atteindre le sommet de la qualité

Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé.
Rapport annuel 2011-2012 du RLISS du Centre-Est



RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DU CENTRE-EST (9)



La *Loi sur l'intégration du système de santé local* adoptée en mars 2006 a créé des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui avaient pour mandat de mettre sur pied un système de santé intégré afin d'améliorer la santé des Ontariens et des Ontariennes en facilitant l'accès à des services de santé de qualité, en coordonnant les services de santé et par la gestion efficace et efficiente du système de santé au niveau local. Les RLISS planifient, intègrent et financent les fournisseurs de services de santé (hôpitaux, foyers de soins de longue durée, services de soutien communautaires, centres de santé communautaires et services en santé mentale et toxicomanie) de leur région. Les RLISS ont reçu le pouvoir et la responsabilité de financer leurs fournisseurs le 1^{er} avril 2007. C'est le sixième rapport annuel des RLISS avec pleins pouvoirs.

Pour en savoir plus sur les RLISS et pour obtenir réponse aux questions fréquemment posées, allez au site web du RLISS du Centre-Est à www.centraleastlin.on.ca.

Table des matières

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL ET DU CHEF DE LA DIRECTION	2
MEMBRES DU CONSEIL	3
INTRODUCTION	4
ENTENTE DE PERFORMANCE MINISTÈRE-RLISS (ERPR)	5
Qu'est-ce qu'une ERPR?	5
Indicateurs de performance de l'ERPR.....	5
PLAN D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ (PISS) DU RLISS DU CENTRE-EST .	10
Mise en œuvre du PISS.....	11
Activités de participation communautaire	18
Initiatives francophones	19
Initiatives autochtones.....	20
Structures de participation	21
Activités de participation	25
Intégration.....	26
ANALYSE DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DU RLISS DU CENTRE-EST	29
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	30
État de la situation financière.....	31
État des activités financières.....	32
État de la variation de la dette nette.....	33
État des flux de trésorerie	34
Notes complémentaires.....	35
MEMBRES DU PERSONNEL	45
COORDONNÉES	46

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL ET DU CHEF DE LA DIRECTION

Le rapport annuel de cette année tire son titre – Atteindre le sommet de la qualité – du symposium du RLISS du même nom qui a eu lieu au mois de mai 2011.

En tant qu'éléments incontournables de l'évolution du système de santé de l'Ontario, les RLISS continuent de collaborer avec leurs collectivités pour mettre au point un système de qualité intégré, viable, axé sur le patient et tourné vers les résultats.

Encore une fois cette année, le rapport annuel démontre comment les RLISS facilitent l'intégration efficace et efficiente des services de santé, favorisant ainsi l'accès de la population aux meilleurs soins donnés à l'endroit et au moment appropriés. Le RLISS du Centre-Est a continué de mener à bien ce mandat au moyen d'activités de participation communautaire, de planification du système de santé local, de financement, de répartition des ressources, de responsabilisation et de gestion du rendement.

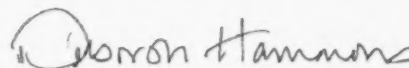
Les objectifs du système, qui ont été fixés par le gouvernement – améliorer l'accès aux soins d'urgence en réduisant le temps d'attente dans les services des urgences, améliorer l'accès aux soins hospitaliers en réduisant le temps passé dans des lits d'autre niveau de soins et améliorer l'accès aux soins intégrés pour diabétiques – ont été traduits dans les deux cibles stratégiques du RLISS – *Économiser 1 000 000 d'heures passés par les patients dans les services des urgences des hôpitaux d'ici 2013* et *Réduire l'impact des maladies vasculaires de 10 % d'ici 2013*. Encore une fois en 2011-2012, ces objectifs systémiques et cibles stratégiques ont guidé les activités collectives du RLISS et des fournisseurs de soins de santé présentées dans ce rapport annuel.

Comme toujours, nous tenons à remercier les centaines de fournisseurs de services de santé – médecins, infirmières, paramédicaux, personnel de soutien, administrateurs et bénévoles – qui se dévouent pour leurs patients, leurs clients, les consommateurs et leurs familles.

C'est grâce à leur soutien que nous avons pu mettre en place les programmes novateurs décrits dans ce rapport. Nous attendons avec impatience l'occasion de faire connaître nos progrès collectifs dans les mois et les années qui viennent.



Wayne Gladstone,
Président du conseil



Deborah Hammons,
Chef de la direction

MEMBRES DU CONSEIL



Première rangée

Margaret Risk, membre
Mandat :
17 mai 2011 – 16 mai 2014

Deuxième rangée

Valmay Barkey, membre
Mandat :
2 juin 2011 – 1^{er} juin 2014

Troisième rangée

Chuck Powers, membre
Mandat :
2 juin 2011 – 1^{er} juin 2014

Quatrième rangée

Joanne Hough, membre
Mandat :
4 mai 2011 – 3 mai 2014

Wayne Gladstone, président

Mandat :
2 juin 2010 – 1^{er} juin 2011 (membre)
2 juin 2011 – 14 juin 2013 (président)

David Sudbury, membre

Mandat :
17 juin 2010 – 16 juin 2013

Samantha Singh, membre

Mandat :
17 juin 2010 – 16 juin 2013

David Nichols, membre

Mandat :
17 février 2010 – 16 février 2013



Foster Loucks, président

Mandat :
1^{er} juin 2005 – 31 mai 2008
Reconduit :
1^{er} avril 2008 – 1^{er} juin 2011



Joseline Sikorski
vice-présidente

Mandat :
1^{er} juin 2005 – 31 mai 2008
Reconduite :
1^{er} avril 2008 – 1^{er} juin 2011



Jean Achmatowicz MacLeod
secrétaire

Mandat :
1^{er} juin 2005 – 31 mai 2008
Reconduite :
1^{er} avril 2008 – 1^{er} juin 2011



Ronald Francis, membre

Mandat :
17 mai 2006 – 16 mai 2008
Reconduit :
17 mai 2008 – 16 mai 2011

La structure de gouvernance des RLISS est décrite dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Les RLISS sont des organismes sans but lucratif administrés par des conseils nommés par la province. Le conseil d'administration de chaque RLISS compte au maximum neuf membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil pour un mandat de trois ans renouvelable une fois. Le lieutenant-gouverneur en conseil nomme le président et au moins un vice-président parmi les membres du conseil. Le conseil d'administration gère et administre les affaires du RLISS et il est le point central des relations avec le ministère. Le conseil peut adopter des règlements et des résolutions et former des comités. Certains règlements doivent être soumis à l'approbation du ministère. Tous les détails sur le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est sont présentés sur le site web du RLISS du Centre-Est à <http://www.centraleastlhin.on.ca>.

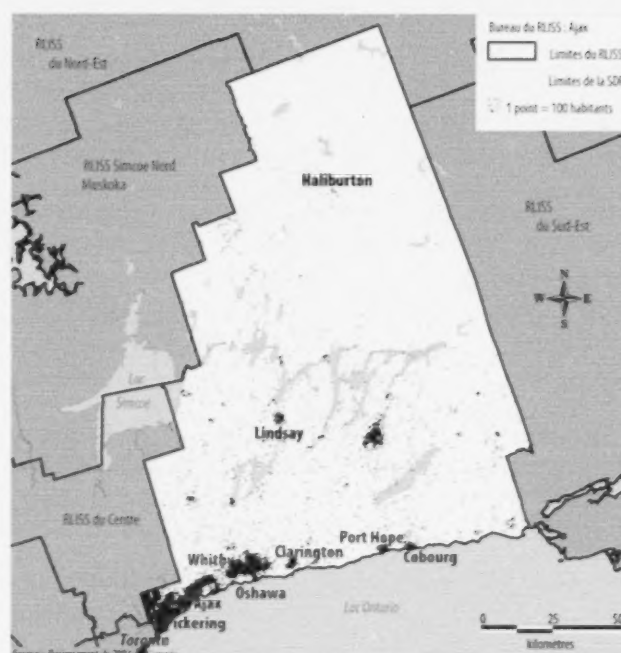
INTRODUCTION

Le RLISS du Centre-Est est l'un des quatorze réseaux d'intégration des services de santé créés par le gouvernement de l'Ontario à titre d'organisations communautaires chargées de planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé au niveau local, y compris les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, les services de soutien communautaires, les services communautaires en santé mentale et en toxicomanie et les centres de santé communautaires.

Le RLISS du Centre-Est est l'une des régions de la province qui connaît la plus forte croissance. Environ 11 % de la population de l'Ontario y réside. Le RLISS du Centre-Est est un mélange de régions urbanisées et rurales et son territoire est le sixième de la province en superficie (16 673 km²). Comptant des agglomérations urbaines et suburbaines densément peuplées, des collectivités agricoles, des villages de villégiature et des établissements éloignés, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin!

Il convient de noter que le regroupement de Durham a connu une hausse de 22,4 % de sa population au cours des dix dernières années, alors que le segment des personnes âgées de 65 ans et plus devrait connaître la plus forte croissance d'ici 2030. La population diversifiée du RLISS du Centre-Est se concentre dans sa partie ouest (regroupements de Scarborough et de Durham-Ouest) dont 45 % des résidents ont une langue maternelle autre que l'anglais ou le français. Le RLISS du Centre-Est occupe aussi le deuxième rang de la province pour ce qui est du pourcentage de familles monoparentales et le troisième pour le taux de chômage, ce qui se traduit entre autres choses par une forte pression sur nos organismes communautaires offrant des services en santé mentale et une réduction des revenus des hôpitaux provenant d'autres sources que le RLISS.

Carte de la population



Source : Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD

VARIABLE	RLISS DU		
	CENTRE-EST	ONTARIO	Plage du RLISS ¹
Population totale (2006)	1 432 705	12 160 282	34 130-208 035
Population âgée, 65 ans et +	13,7	13,6	9,4-17,2
Population de langue maternelle anglaise	72,1	69,8	51,5-91,5
Population de langue maternelle française	1,4	4,4	1,0-23,9
Population immigrante	33,3	28,3	6,3-47,9
Population d'immigration récente (2001-2006)	5,6	4,8	0,3-9,5
Membres d'une minorité visible	34,5	22,8	1,4-50,3
Population d'identité autochtone	1,2	2,0	0,4-18,8
Taux de participation au marché du travail (15 ans et +)	65,6	67,1	60,1-71,5
Taux de chômage (15 ans et +)	7,3	6,4	5,2-8,4
Population à faible revenu	16,1	14,7	9,6-24,0
Familles monoparentales	26,0	24,5	20,0-30,9
Détenteurs d'un diplôme du secondaire âgés de 25 à 29 ans	89,3	89,7	79,1-93,0
Détenteurs d'un diplôme post-secondaire âgés de 25 à 54 ans	61,1	63,5	55,3-71,9

Source : Recensement du Canada de 2006, Statistique Canada

¹ Plage : plage de valeurs dans les régions des 14 RLISS.

ENTENTE DE PERFORMANCE MINISTÈRE-RLISS (ERPR)

Qu'est-ce qu'une ERPR?

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (RLISS du Centre-Est) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont signé une entente de performance qui définit les obligations et responsabilités respectives du RLISS et du ministère pendant une période de temps définie. L'entente de performance ministère/RLISS (ERPR) fixe pour le RLISS des attentes dans différents domaines : la participation communautaire, la planification et l'intégration, la gestion du système de santé local, la gestion financière, le rendement du système de santé local et la production de rapports. L'ERPR se reflète dans les ententes de responsabilisation que le RLISS a négociées avec tous ses fournisseurs de services de santé.

Indicateurs de performance de l'ERPR

L'Entente de performance ministère-RLISS définit clairement la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS CE en ce qui concerne la prestation des programmes et services de santé locaux. Elle établit une entente mutuelle entre le ministère et le RLISS et fixe des cibles de performance respectives à l'intérieur de la période définie. Le tableau qui suit indique la performance du RLISS CE par rapport aux cibles fixées pour 2011-2012.

Indicateurs de performance 2011-2012 de l'ERPR du RLISS du Centre-Est

Performance Indicator	RLISS Point de départ 2011- 2012	RLISS Cible de performanc e 2011-2012	Perfor- mance du RLISS 2011-2012 Trimestre le plus récent	Pourcentage de la cible pour les résultats du trimestre le plus récent*	Résultat annuel du RLISS exercice 2011-2012
Salle des urgences/autre niveau de soins					
1. Pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS) – par RLISS de l'établissement***	20,22 %	14,80 %	17,70 %	19,6 %	17,35 %
2. Durée de séjour aux urgences du 90 ^e percentile des patients admis	51,62	39,00	48,00	23,1 %	44,53
3. Durée de séjour aux urgences du 90 ^e percentile des patients non admis à cas complexe (ETG I-III)	7,40	7,00	6,90	-1,4 %	6,83
4. Durée de séjour aux urgences du 90 ^e percentile des patients non admis à cas mineur non complexe (ETG IV-V)	4,50	4,00	4,40	10,0 %	4,33
Temps d'attente – chirurgies					
5. Temps d'attente du 90 ^e percentile, oncochirurgie	48	49	47	-4,1 %	47
6. Temps d'attente du 90 ^e percentile, pontage cardiaque	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O
7. Temps d'attente du 90 ^e percentile, chirurgie de la cataracte	153	140	106	-24,3 %	114
8. Temps d'attente du 90 ^e percentile, remplacement de la hanche	190	179	136	-24,0 %	163
9. Temps d'attente du 90 ^e percentile, remplacement du genou	187	179	151	-15,6 %	166
Temps d'attente – diagnostics					
10. Temps d'attente du 90 ^e percentile, examen IRM de diagnostic	102	63	67	6,3 %	83
11. Temps d'attente du 90 ^e percentile, tomodensitogramme de diagnostic	28	28	22	-21,4 %	23
Excellence des soins pour tous/Qualité					
12. Réadmission dans les 30 jours pour certains GMA**	14,77 %	14,50 %	15,08 %	4,0 %	15,74 %
Santé mentale et toxicomanie					
13. Visites répétées non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes mentaux **	17,50 %	16,60 %	18,84 %	13,5 %	18,66 %
14. Visites répétées non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes de toxicomanie**	19,60 %	19,00 %	22,29 %	17,3 %	21,87 %
Accès aux soins communautaires					
15. Temps d'attente du 90 ^e percentile pour les services à domicile du CASC – de la demande du milieu communautaire au premier service du CASC (excluant la gestion de cas)	42,00	39,90	55,00	37,8 %	56,00

Nota : *Un pourcentage négatif signifie que le RLISS a atteint sa cible.

** Exercice 2011-2012 basé sur les données des quatre derniers trimestres (Q3 2010-2011 – Q2 2011-2012) pour des raisons de disponibilité

*** Exercice 2011-2012 basé sur les données des quatre derniers trimestres (Q3 2010-2011 – Q2 2011-2012) pour des raisons de disponibilité

À la fin de 2011-2012, le RLISS du Centre-Est a réussi à **atteindre six cibles de performance** fixées dans l'ERPR. Voici ces six cibles ainsi qu'une explication de la performance du RLISS :

Indicateur de performance 3 – CIBLE ATTEINTE

Durée de séjour aux urgences du 90^e percentile des patients non admis à cas complexe (ÉTG I-III)

Neuf des treize hôpitaux ayant un service des urgences dans le RLISS du Centre-Est sont désignés P4R (financement axé sur les résultats). Grâce à l'accroissement des ressources en personnel et à l'amélioration des processus qu'a permis ce mode de financement, il a été possible de maintenir le temps passé par les patients à acuité élevée dans les services des urgences sous la nouvelle cible provinciale de sept heures.

Indicateur de performance 5 – CIBLE ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile – oncochirurgies

Grâce aux importants efforts accomplis en 2011-2012 en vue d'associer les hôpitaux et leurs directions aux initiatives d'amélioration de la qualité des données, le RLISS du Centre-Est a atteint cet indicateur de performance et a dépassé la cible de deux jours. Ces efforts de mobilisation ont inclus des séances de formation dispensées aux cadres administratifs et cliniques ainsi que des vérifications des diagrammes. En outre, en incorporant les indicateurs de performance dans l'entente de responsabilisation de chaque hôpital, avec des cibles négociées, on a pu s'assurer que des mesures ont été prises pour améliorer la performance.

Indicateur de performance 6 – CIBLE S/O

Temps d'attente du 90^e percentile pour les pontages cardiaques

Sans objet

Indicateur de performance 7 – CIBLE ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile pour les chirurgies de la cataracte

Tel que noté plus haut, la participation des hôpitaux aux initiatives d'amélioration de la qualité des données et l'incorporation des indicateurs de performance dans les ententes de responsabilisation des hôpitaux ont permis au RLISS du Centre-Est d'atteindre et de dépasser cette cible en 2011-2012. Le financement de 543 cas supplémentaires a aussi aidé le système à atteindre ce résultat.

Indicateur de performance 8 – CIBLE ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile pour les remplacements de la hanche

Similaire aux oncochirurgies – voir ci-dessus.

Indicateur de performance 9 – CIBLE ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile pour les remplacements du genou

Similaire aux oncochirurgies – voir ci-dessus.

Indicateur de performance 11 – CIBLE ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile pour les tomodensitogrammes de diagnostic

En 2011-2012, l'ajout de deux machines de remplacement et la réaffectation d'une troisième (dans le service des urgences) à l'Hôpital de Scarborough a aidé le RLISS à atteindre ses cibles. La participation continue du groupe d'imagerie diagnostique du RLISS (des dirigeants de chaque hôpital) sur les initiatives d'amélioration de la qualité des données, les séances de formation dispensées aux cadres administratifs et cliniques, les vérifications de diagrammes ainsi que l'incorporation de cet indicateur de performance dans l'entente de responsabilisation de chaque hôpital, avec des cibles négociées, ont aidé le RLISS à atteindre et dépasser cette cible.

Indicateur de performance 1 – CIBLE NON ATTEINTE

Pourcentage des jours d'autre niveau de soins (ANS) – par RLISS de l'établissement

Bien que le RLISS du Centre-Est n'ait pas atteint cette cible de performance de 15,9 %, des réductions importantes et durables du nombre de jours d'autre niveau de soins ont été réalisées dans le RLISS du Centre-Est. Le Centre-Est a été l'un des huit RLISS de l'Ontario qui ont réduit leur nombre de jours d'ANS. Cette amélioration a été attribuable pour la plus grande partie à la mise en œuvre de la stratégie « Chez soi avant tout » dans tous les hôpitaux de la région. Cette stratégie vise à réduire le nombre total de patients désignés ANS dans chaque hôpital, et cette réduction du nombre de cas devrait se traduire au bout du compte par une réduction du pourcentage d'ANS. Cependant, cette réduction prendra un certain temps car la mise en congé des patients désignés ANS ne peut être hâtée; elle dépend de la disponibilité de lits dans les foyers de soins de longue durée et de la capacité de prise en charge des patients en phase post-active (soins à domicile, services de réadaptation, programmes d'aide à la vie autonome, etc.).

Indicateur de performance 2 – CIBLE NON ATTEINTE

Durée du séjour dans le service des urgences du 90^e percentile des patients admis

Bien que la cible de 39 heures n'ait pas été atteinte, des réductions importantes et durables ont été obtenues dans cette catégorie. Au début de l'année, la durée du séjour dans les services des urgences des patients admis se situait à 52 heures, chiffre qui a été ramené à 44 heures à la fin de l'année. Jusqu'au dernier trimestre de 2011-2012, nous avons enregistré trois périodes consécutives d'amélioration à cet égard. Le facteur qui limite le déplacement des patients admis est la capacité d'admission des hôpitaux. À mesure que les processus prévus dans le cadre du programme « Chez soi avant tout » seront insérés et soutenus dans chaque hôpital du RLISS du Centre-Est, le nombre total de patients ANS s'en trouvera réduit et la capacité d'admission des patients en attente dans les urgences augmentera. Nous prévoyons une réduction substantielle de ce temps d'attente en 2012. Le RLISS du Centre-Est continue de mettre l'accent sur le déplacement des patients tels que décrit dans les processus d'activité Chez soi avant tout du Centre-Est (évitement de l'admission, activation des patients, participation rapide du CASC et du SSC et retour rapide des patients dans la collectivité). La mise en place d'un processus électronique d'orientation et d'appariement des ressources devrait nous aider à connaître le succès.

Indicateur de performance 4 – CIBLE NON ATTEINTE

Durée du séjour dans le service des urgences du 90^e percentile des patients non admis dont le cas n'est pas complexe (CTAS IV-V)

La performance pour cet indicateur a peu varié au cours de la dernière année. La durée du séjour se situait légèrement au-dessus de la cible de l'ERPR de 4,0 heures. À la fin de l'année, le RLISS du Centre-Est avait le 8^e séjour le plus court dans la province – les variations étant faibles entre les 14 RLISS.

Indicateur de performance 10 – CIBLE NON ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile pour les examens diagnostiques d'imagerie par résonance magnétique

Alors qu'on s'attendait à ce que la performance en matière de temps d'attente en imagerie par résonance magnétique connaisse une amélioration avec l'arrivée des trois nouveaux appareils de résonance magnétique de l'Hôpital Ross Memorial, du Rouge Valley Health System et de l'Hôpital de Scarborough, dans les faits les temps d'attente ont grimpé par suite de la hausse de la demande, car les patients ont cherché à obtenir ce service dans leurs collectivités et leurs établissements de soins. Pendant l'exercice, le RLISS du Centre-Est a investi 1,2 million de dollars dans l'achat de 4600 procédures supplémentaires. Les volumes ont été redistribués parmi les hôpitaux en vue de réduire les temps d'attente (découlant des retards dans la mise en activité des nouvelles machines). Le RLISS du Centre-Est a aussi remis 20 000 \$ à chaque hôpital public pour le nettoyage des données et l'amélioration de la qualité. Six hôpitaux du RLISS du Centre-Est ont participé au « projet d'amélioration des processus » (PAP) en 2011-2012. Ces initiatives ont entraîné une amélioration de la performance. La modification des pratiques cliniques a aussi entraîné une hausse de la demande car de plus en plus de médecins font appel à la résonance magnétique plutôt qu'à la tomodensitométrie pour leurs diagnostics. En 2012-2013, le RLISS travaillera avec ses hôpitaux et le Ministère en vue de mettre à jour la formule de financement pour les nouvelles machines afin de permettre aux hôpitaux de répondre à la demande croissante.

Indicateur de performance 12 – CIBLE NON ATTEINTE

Réadmission dans les 30 jours pour certains GMA

La performance du RLISS du Centre-Est s'est améliorée depuis la période de déclaration précédente et elle est à son plus haut niveau depuis le second trimestre de 2010-2011. Malheureusement, les deux trimestres de déclaration ne donnent pas une image précise des réadmissions en 2011-2012. Également, la méthodologie de calcul de cet indicateur rend difficile l'identification des secteurs à améliorer. Les réadmissions peuvent être causées par une multitude de raisons. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une mesure importante de l'efficacité du système de santé qui a fait l'objet d'une plus grande attention avec la nomination récente des chefs des soins primaires du RLISS du Centre-Est.

Indicateur de performance 13 – CIBLE NON ATTEINTE

Visites répétées non prévues dans les 30 jours pour un problème de santé mentale

Comme pour l'indicateur précédent, nous n'avons que deux trimestres de données, ce qui ne donne pas une image complète des visites répétées non prévues en 2011-2012. La performance du RLISS du Centre-Est dans ce domaine se situe dans la moyenne provinciale et elle est très comparable aux autres RLISS de la région de Toronto. Des efforts ont été faits pour améliorer la performance du RLISS dans ce domaine, notamment sous la forme d'investissements supplémentaires dans l'amélioration et la coordination des services de soutien d'urgence fournis dans la collectivité et par les partenaires des hôpitaux. Ces programmes ayant été amplifiés dans la dernière partie de 2011-2012, il n'y a pas de données disponibles pour vérifier s'il y a eu du changement. Le Registre des lits de l'Annexe 1, dont la mise en œuvre est prévue pour 2012-2013, permettra de réduire le temps passé dans les urgences en fournissant un accès plus rapide aux personnes qui ont besoin d'un lit de l'Annexe 1. Cela garantira que les hospitalisations de l'Annexe 1 sont plus efficaces et que la personne est rapatriée à son hôpital d'origine aussi rapidement que possible. De cette façon, on devrait arriver à réduire le nombre de retours non prévus dans les services des urgences pour ce groupe de patients.

Indicateur de performance 14 – CIBLE NON ATTEINTE

Visites répétées non prévues dans les 30 jours pour un problème de toxicomanie

Ne pouvant compter encore une fois que sur deux trimestres de données, nous n'avons pas d'image complète des visites répétées non prévues pour un problème de toxicomanie en 2011-2012. Les données disponibles semblent indiquer que la performance du RLISS du Centre-Est se situe dans la moyenne des RLISS de la province et de la région du Grand Toronto. Les activités prévues portent notamment sur la mise sur pied, avec les services des urgences, de partenariats stratégiques axés sur le soutien des clients ayant des troubles concomitants, car ce groupe présente la fréquence la plus élevée de visites répétées non prévues aux services des urgences. D'autres activités visent à développer les capacités du secteur des fournisseurs de services en santé mentale et toxicomanie en vue d'offrir un soutien aux personnes ayant des troubles concomitants et à étendre ces efforts au secteur des soins primaires.

Indicateur de performance 15 – CIBLE NON ATTEINTE

Temps d'attente du 90^e percentile pour les services à domicile du CASC – de la demande du milieu communautaire au premier service du CASC (excluant la gestion de cas)

Bien que le RLISS du Centre-Est n'ait pas atteint cette cible, un examen attentif révèle que les temps d'attente déclarés ne sont pas toujours le reflet de l'accessibilité des services et qu'ils ne peuvent être comparables à ceux d'autres régions de la province vu que les pratiques de gestion des temps d'attente qui diffèrent dans d'autres centres d'accès aux soins communautaires. Étant donné l'attention accordée par les RLISS à la réduction du temps d'attente dans les urgences et les autres niveaux de soins, les ressources du CASC du Centre-Est ont été engagées prioritairement pour favoriser la sortie des clients des services des urgences et des autres services hospitaliers. Malheureusement, en raison des ressources limitées du RLISS et du CASC, cela a entraîné de longues listes d'attente pour les personnes en attente de services de soutien personnel et de services thérapeutiques dans la collectivité. Toutefois, quand les fonds sont disponibles le CASC du Centre-Est administre les listes d'attente en favorisant les clients dont les besoins sont prioritaires. Le temps d'attente pour ces clients est important; par

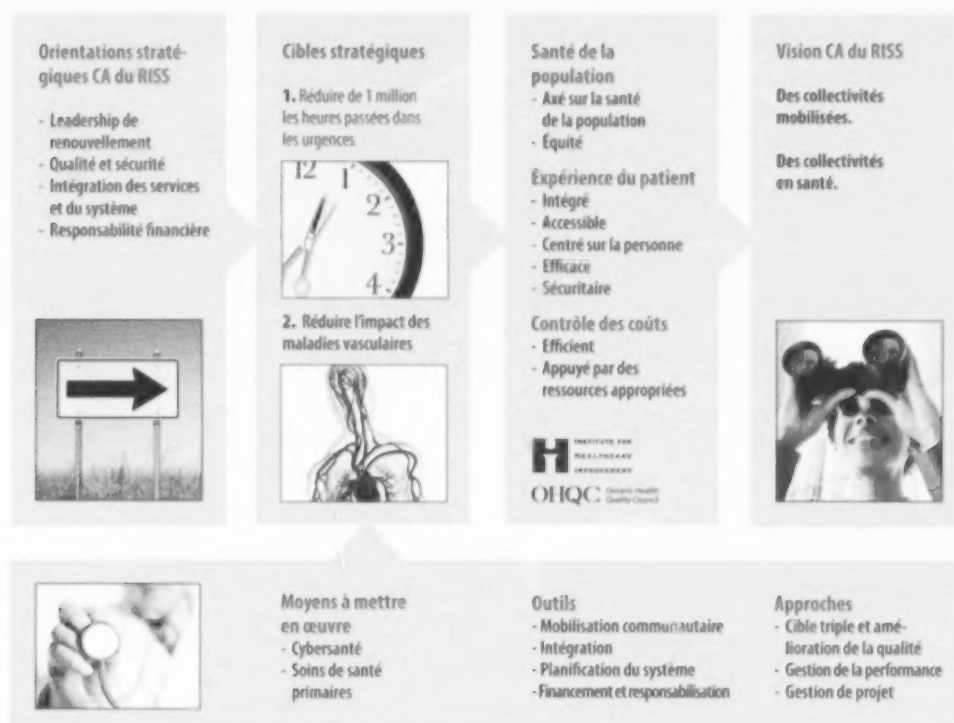
conséquent, le temps d'attente moyen pour ces clients en attente de soins communautaires est plus long que le 90^e percentile. L'admission de clients inscrits sur la liste d'attente produit une augmentation du temps d'attente entre l'évaluation et le début des services, puisque le temps d'attente (en jours) est compté quand le client est admis. Vu le meilleur accès aux services et la réduction de la liste d'attente pour les services thérapeutiques, le temps d'attente déclaré a augmenté. Le RLISS et le CASC suivent de près l'évolution de la situation en matière d'accès aux services de soins à domicile. Des efforts ont aussi été déployés en vue de faire passer les clients de la liste d'attente du CASC pour des services de soutien personnel au service actif dans le cadre de l'accroissement des services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé financé par le RLISS du Centre-Est en 2011-2012.

PLAN D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ (PISS) DU RLISS DU CENTRE-EST

En 2011-2012, le RLISS du Centre-Est a organisé son cinquième symposium annuel « Atteindre le sommet de la qualité » afin de faire le point sur les deux objectifs stratégiques contenus dans son Plan d'intégration des services de santé (PISS) 2010-2013 :

- Économiser 1 000 000 d'heures passées par les patients dans les services des urgences des hôpitaux d'ici 2013.
- Réduire l'impact des maladies vasculaires de 10 % d'ici 2013.

La carte stratégique du RLISS du Centre-Est incluse dans le PISS soulignait comment les orientations stratégiques du RLISS en matière de leadership transformationnel, de qualité et de sécurité, d'intégration du système et des services de santé et de responsabilité financière formaient la base décisionnelle qui permettrait de concrétiser les éléments d'un système haute performance et d'accomplir la vision *Des collectivités mobilisées, des collectivités en santé*.



En plus des deux objectifs stratégiques, le PISS a identifié certains segments de la population que les initiatives devaient traiter en priorité :

- les aînés
- les personnes ayant une maladie mentale et/ou un problème de toxicomanie
- les personnes ayant une maladie chronique
- la communauté francophone et nos partenaires autochtones

Mise en œuvre du PISS

Inclure les initiatives de réduction des temps d'attente dans les urgences et améliorer la situation des ANS

Il est important pour le système de santé et les hôpitaux du RLISS du Centre-Est que l'on parvienne à accélérer le temps de traitement des patients et leur mise en congé dans tous les services des urgences du RLISS du Centre-Est. En outre, le placement des patients classés « autre niveau de soins » (ANS) est une priorité dans le RLISS du Centre-Est comme partout ailleurs dans la province. Les ANS représentent un problème complexe qui se répercute sur l'accès aux soins, sur la sécurité des patients et sur leur qualité de vie. C'est un problème coûteux pour la santé et le bien-être des patients et de leurs proches, et c'est un problème coûteux pour le système de santé.

On s'attendait à ce que la mise en œuvre des objectifs stratégiques ait les impacts suivants sur le système de santé en 2011-2012 :

- réduction de la demande dans les services des urgences;
- amélioration du mouvement des patients dans les services des urgences;
- niveaux de soins plus appropriés fournis dans la collectivité aux patients qui ne requièrent plus de soins actifs dans un hôpital, réduisant les ANS et améliorant l'utilisation des lits;
- réduction de l'impact des maladies vasculaires sur les personnes et sur le système de santé;
- réduction du nombre de jours d'hospitalisation associés aux maladies vasculaires;
- réduction de la prévalence de comorbidités pour les patients ayant une maladie chronique primaire existante;
- réduction du temps d'attente pour les procédures diagnostiques et chirurgicales;
- accès plus rapide aux services de soins à domicile.

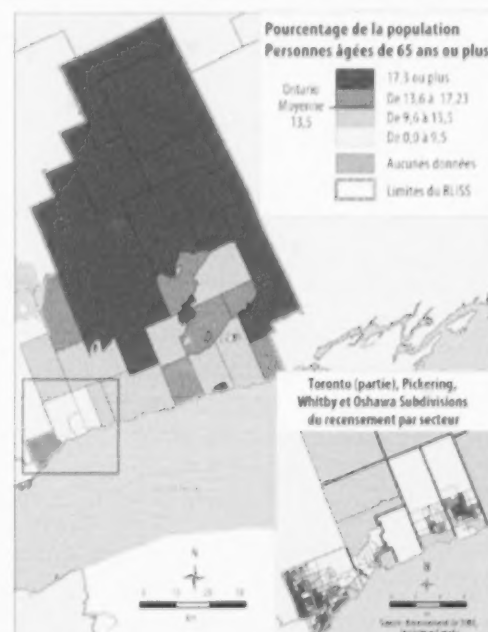
Avec l'aide de nos fournisseurs de services de santé, nous avons mis en œuvre les initiatives suivantes en 2011-2012 en vue de répondre à ces priorités gouvernementales, alors que le RLISS continuait à orienter le système vers la réalisation de ses deux objectifs stratégiques :

OBJECTIF STRATÉGIQUE: Réduire de 1 000 000 heures le temps passé par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013.

Réseau d'évaluation et d'intervention en gériatrie (REIG) – en cours

En 2011-2012, des cliniques du Réseau d'évaluation et d'intervention en gériatrie (REIG) ont poursuivi leurs activités dans quatre hôpitaux du RLISS du Centre-Est : l'Hôpital de Scarborough (site General), Rouge Valley (campus Centenary), Lakeridge Health Oshawa et le Centre régional de santé de Peterborough. Ces cliniques ont pour fonction d'assurer que les personnes âgées fragilisées reçoivent les soins dont ils ont besoin hors des services des urgences. En 2011-2012, cette initiative du programme **Vieillir chez soi** a aidé les salles des urgences et les médecins de la collectivité à orienter plus de 3400 personnes âgées vers ces cliniques pour faire l'objet d'évaluations et recevoir des traitements de suivi fournis par une équipe de soins interprofessionnelle. Les cliniques du REIG sont également soutenues par des unités gériatriques pour patients hospitalisés dans chacun des quatre hôpitaux qui offrent un accès direct à l'hospitalisation pour les personnes âgées fragiles.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus



Source : MSSLD, Direction de l'analytique en matière de santé

Programme Chez soi avant tout – en cours

Lancé dans le RLISS du Centre-Est en 2010-2011, le programme Chez soi avant tout est une initiative dirigée par le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est (CASC CE) qui facilite la transition des patients de l'hôpital vers la maison. En mars 2012, dans le cadre d'un partenariat avec tous les hôpitaux et organismes de services de soutien communautaire, le CASC CE avait facilité la mise en congé de l'hôpital de plus de 8481 personnes, avec des mesures de soutien et des soins à domicile améliorés, afin que ces personnes puissent prendre des décisions quant à leurs besoins futurs en matière de soins de longue durée à domicile plutôt que dans un lit d'hôpital, ou encore demeurer à la maison avec des soins fournis par le CASC, les organismes de services de soutien communautaire et avec l'aide de leur famille. Cette initiative du programme **Vieillir chez soi** a eu un impact important sur les autres niveaux de soins (ANS) et tous nos partenaires continueront à y porter attention en 2012-2013. <http://www.centralecastlhin.on.ca/Page.aspx?id=18658>

Infirmières spécialisée en gestion des urgences en gériatrie – en cours

Les infirmières spécialisées en gestion des urgences en gériatrie (GUG) procèdent à des évaluations gériatriques ciblées auprès des personnes âgées à risque dans le service des urgences et, par le transfert de connaissances, améliorent les capacités du personnel des urgences et des autres partenaires de la santé (Programme régional de soins gériatriques, 2009). Le personnel des urgences fait appel aux infirmières GUG quand un patient âgé satisfait aux critères d'évaluation. Ce sont habituellement – mais pas toujours – des personnes fragilisées âgées de 75 ans ou plus et leurs problèmes peuvent inclure un ou plusieurs syndromes gériatriques : chutes, délire, démence, dépression, abus, plaies de pression, incontinence, malnutrition et déclin fonctionnel. Le poste d'infirmière GUG a vu le jour dans la province en 2004 et le nombre de ces postes est passé à plus de 65 dans la province. Il a été introduit dans le RLISS du Centre-Est en 2007. Dans le RLISS du Centre-Est, plus de 2000 clients ont été confiés aux soins des infirmières GUG. Plus de 700 clients ont reçu des évaluations cliniques en personne et plus de 300 autres ont reçu des évaluations téléphoniques.

Mise en place d'un programme régional de soins gériatriques spécialisés – en cours

Vers la fin de 2010-2011, le RLISS a entrepris de mettre en place un programme régional de soins gériatriques spécialisés (PRSGS) fondé sur les investissements précédents, notamment les huit infirmières GUG, les trois équipes d'intervention infirmière en soins de longue durée, les programmes de soins post-actifs de transition et de rétablissement, les programmes de logement avec services de soutien et les quatre cliniques REIG. Le RLISS a déterminé que le temps était venu de définir comment ces services et programmes devaient être déployés pour produire un continuum de soins mieux coordonné pour les personnes âgées fragiles et leurs aidants. Au printemps 2011, un rapport a été présenté au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est sur la manière de mettre en place un PRSGS dans la région et un organisme de gouvernance a été créé à cet effet en janvier 2012. <http://www.centralecastlhin.on.ca/Page.aspx?id=7096>

Accès rapide des personnes âgées aux services hospitaliers et communautaires – en cours

Le financement fourni par la province, notamment dans le cadre de la stratégie **Vieillir chez soi**, a permis au RLISS d'effectuer en 2011-2012 différents investissements qui ont produit un impact favorable sur l'objectif du RLISS d'économiser du temps dans les services des urgences et son engagement envers les personnes âgées :

- investissement de 800 000 \$ pour faire disparaître les obstacles à la mise en congé au niveau des organismes offrant des services de soutien communautaire, notamment l'élimination de tous frais associés à un service de soutien communautaire s'il est établi que ces frais constituent un obstacle à la mise en congé des clients;
- recrutement de « coordinateurs de l'orientation » dans les services de soutien communautaire appelés à travailler directement dans les trois centres d'accueil du CASC du Centre-Est;
- lancement d'un projet de planification d'un système électronique d'information et d'orientation à l'intention des ANS qui automatise et normalise le processus d'orientation et met les patients/clients en correspondance avec les programmes et services qui répondent le mieux à leurs besoins;
- développement du programme « Home at Last » – 412 nouveaux établissements « Home at Last » (augmentation de 25 %);
- 45 nouvelles places dans les centres de jour pour adultes;
- cinq nouveaux postes d'infirmière à temps plein pour soutenir les clients ayant besoin de soins palliatifs dans la collectivité;
- ouverture de vingt postes d'infirmière et trente postes de préposé aux services de soutien à la personne pour soutenir le lancement dans les foyers de soins de longue durée de la région du nouveau modèle de prestation de services dans le cadre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement;
- achat de matériels et ouverture de vingt postes d'infirmière pour hausser l'utilisation du Réseau Télémédecine Ontario dans les hôpitaux, les centres de santé communautaire et les organismes offrant des services de soutien communautaire;
- prestation de services d'assistance pour personnes âgées à risque élevé à 120 nouveaux clients de quatre localités du RLISS;
- investissement de plus de 120 000 \$ dans un programme polyvalent de soins transitionnels de 8 à 10 lits à l'Hôpital Memorial de Campbellford;
- remise de près de 500 000 \$ à l'Hôpital Ross Memorial pour l'amélioration de son programme d'évaluation et de rétablissement qui soutient l'activation et la mise en congé rapide des personnes âgées;
- investissements continus dans le secteur des services de soutien communautaire afin de soutenir leur participation au Programme Chez soi avant tout.

Équipes d'intervention infirmière en soins de longue durée – en cours

Le RLISS du Centre-Est, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a formé trois nouvelles équipes d'intervention infirmière – à Scarborough, Durham et dans le groupe du Nord-Est, qui comprend Peterborough, Northumberland, Kawartha Lakes et Haliburton. Lancées en septembre 2010 et poursuivant leurs activités en 2011-2012, ces équipes d'intervention sont collectivement connues sous le sigle anglais NPSTAT (Nurse Practitioners Supporting Teams Averting Transfers). Le programme NPSTAT vise à atténuer les risques pour la santé liés au transfert des personnes âgées fragilisées vers les services des urgences pour des visites qui pourraient être évitées si les traitements nécessaires étaient donnés dans le foyer de soins de longue durée. La réduction du nombre de visites évitables à l'hôpital et du nombre d'admissions a amélioré le profil de santé et l'expérience de soins des résidents des foyers de soins de longue durée, tout en maintenant ou en réduisant le coût de prestation des soins appropriés. Quand les résidents des FSLD sont hospitalisés, le programme NPSTAT peut aussi faciliter leur retour rapide dans leur FSLD, ce qui peut réduire la durée des séjours en hôpital, améliorer la continuité des soins et la communication entre les secteurs de soins actifs et de soins de longue durée et fournir du soutien et des ressources au personnel des FSLD afin de les aider à gérer les résidents rapatriés dans les FSLD. En 2011-2012, plus de 4700 transferts ont été évités, ce qui a permis d'épargner plus de 4 millions \$ en coûts hospitaliers.

<http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=17706>

Financement axé sur les résultats, année III – en cours

Six hôpitaux et un organisme communautaire du RLISS du Centre-Est ont participé à l'an III du Programme de financement axé sur les résultats. Leurs résultats ont été mesurés à l'aune des objectifs fixés, notamment le temps écoulé avant l'évaluation par un médecin et le temps écoulé avant l'admission. Ces hôpitaux ont apporté différentes améliorations à leurs processus, qui se sont poursuivies en 2011-2012 afin d'améliorer leurs résultats. Ces améliorations portaient notamment sur la collaboration de travailleurs en intervention d'urgence en santé mentale avec les corps policiers plutôt que de transporter les patients aux services des urgences, l'augmentation du personnel en intervention d'urgence les soirs et les fins de semaines, la création d'une « clinique médicale d'orientation rapide » pour accélérer le triage, le traitement et la mise en congé des patients et l'assignation de personnel de laboratoire distinct pour le service des urgences afin de réduire les délais de production des tests de labo.

http://www.centralesthin.on.ca/pressrelease.aspx?ekmensel=c2f22c9a_72_190_btnlink – voir le 29 juillet 2010

Soutien en situation d'urgence pour les clients en santé mentale – en cours

Un partenariat innovateur entre les services en santé mentale de Durham et le Rouge Valley Health System permet de sensibiliser les clients qui se présentent dans les services des urgences locaux au sujet des ressources disponibles dans la collectivité et d'améliorer les relations de travail entre les fournisseurs communautaires de services en santé mentale et leurs partenaires des hôpitaux. Lancé à l'automne 2009, ce programme voit l'équipe mobile d'urgence des services en santé mentale de Durham visiter les services des urgences de Rouge Valley sur une base quotidienne en vue de faciliter l'orientation et la mise en congé des patients vers six lits d'urgence de services communautaires ou dans la collectivité, avec des mesures de soutien. Le service de consultation psychiatrique sur place, lancé au début de 2011 et financé par le ministère et le RLISS, permet de donner aux adultes et aux jeunes un soutien psychiatrique hebdomadaire sur rendez-vous. <http://www.dmhs.ca/files/crisis.pdf>

Admissions†, congés†, jours en soins actifs et total des jours† et durées moyennes du séjour dans des établissements psychiatriques désignés, hôpitaux du RLISS du Centre-Est et Ontario, 2009-2010

Hôpital	Admissions ‡	Congés†	Jours en soins actifs†	Durée moyenne du séjour en soins actifs†	Total des jours (jours à l'extérieur exclus)†	Durée moyenne du séjour total (jours à
(4541) LAKERIDGE HEALTH CORPORATION-CAMPUS OSHA	851	840	10,681	12.7	10,612	12.6
(4552) CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE PETERBOROUGH	684	688	8,809	12.8	8,800	12.8
(4572) ROUGE VALLEY HEALTH SYSTEM-CENTENARY	1,262	1,241	14,606	11.8	14,690	11.8
(4573) HÔPITAL DE SCARBOROUGH-CAMPUS GRÂCE	1,153	1,144	12,091	10.6	12,819	11.2
(4574) HÔPITAL DE SCARBOROUGH-CAMPUS SCAR.GEN.	167	185	2,688	14.5	2,704	14.6
(4579) CENTRE SCIENCES SANTÉ MENTALE ONTARIO SHOM	556	567	90,861	160.2	95,836	169.0
(4593) HÔPITAL ROSS MEMORIAL	410	414	4,404	10.6	4,269	10.3
Total RLISS du Centre-Est	5,083	5,079	144,140	28.4	149,730	29.5
Total Ontario	51,214	51,210	1,326,077	25.9	1,329,927	26.0

‡Admissions : cas admis pendant l'exercice 2009-2010

†Congés, jours et durée moyenne du séjour : cas mis en congé pendant l'exercice 2009-2010, sans égard à l'année d'admission.

Jours en soins actifs et durée moyenne du séjour en soins actifs : incluent les jours où le patient n'occupait pas son lit dans le service; total des jours et durée moyenne du séjour total : excluent les jours où le patient n'occupait pas son lit dans le service

Source : Tableau d'hospitalisation des adultes en psychiatrie [Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)], savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, extrait en mai 2011.

À noter : Pour l'exercice 2006-2007, les données concernant les mouvements des adultes dans les lits de psychiatrie désignés sont prélevées du SIOSM et non de la Base de données sur les congés des patients (BDGP)

Projets de cybersanté – en cours

Le système TDIS (Timely Discharge Information System) assure que les médecins de famille et les autres médecins communautaires reçoivent l'information sur le séjour à l'hôpital de leurs patients au plus tard 72 heures après la transcription de l'hôpital. Le nombre de rapports rendus disponibles par le TDIS est passé de 1411 en octobre 2010 à 167404 en 2011-2012. Cette information incluait les rapports de santé du patient et ses rapports d'imagerie diagnostique. Le système informatisé SUBMIT (Surgical Utilization Management Integration Tool) permet d'améliorer la gestion des listes d'attente des chirurgiens du RLISS du Centre-Est et d'obtenir des rapports précis sur les temps d'attente pour les chirurgies.
<http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=11808>

À la fin de 2011-2012, le RLISS du Centre-Est évaluait que le système aura permis d'éliminer un total cumulatif de 443 276 heures passées par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est en 2013.

OBJECTIF STRATÉGIQUE : Réduire l'impact des maladies vasculaires de 10 % dans le RLISS du Centre-Est d'ici 2013.

Coalitions sur les objectifs stratégiques

Les coalitions ont vu le jour en mai 2010 en vue de faciliter la réalisation des objectifs stratégiques du RLISS. La *Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire* est composée de quinze personnes provenant des secteurs des soins actifs, des services communautaires et des soins de longue durée. En 2011-2012, la coalition a mis au point une « Stratégie de santé vasculaire et Plan de mise en œuvre pour le RLISS du Centre-Est » en vue d'atteindre l'objectif stratégique d'éliminer 10 000 jours/patients liés aux problèmes vasculaires (incluant le diabète). À ce jour, la Coalition a dépassé sa cible et a éliminé 17 430 jours/patients. Voici certaines initiatives prioritaires visant à favoriser la santé vasculaire :

- développement d'un centre de soins complexe aux diabétiques;
- accès équitable aux pratiques exemplaires de prévention secondaire et de gestion cardiovasculaire sur l'ensemble du territoire du RLISS;
- poursuite de la mise sur pied du programme de soutien à l'autogestion sur l'ensemble du territoire du RLISS;
- développement des capacités en interventions coronariennes percutanées et en CODE STEMI dans le regroupement du Nord-Est, et plus précisément dans le Centre régional de santé de Peterborough, et intégration formelle des services de chirurgie vasculaire de l'Hôpital de Scarborough et du Rouge Valley Health System et du Centre régional de santé de Peterborough et de Lakeridge Health;
- partenariat pour la cessation du tabagisme entre les hôpitaux et les services communautaires de soins primaires du RLISS du Centre-Est;
- gestion préventive de la maladie chronique du rein au niveau des soins primaires;
- utilisation du Réseau Télémédecine Ontario pour appuyer les activités cliniques et éducatives liées à la santé vasculaire;
- poursuite de la mise en place du Système unifié d'action en matière d'accidents vasculaires cérébraux du Centre-Est.

Projet prioritaire d'autogestion à l'intention des clients et des aidants – en cours

Le programme de formation en autogestion du Centre-Est est devenu un programme permanent en 2010-2011, sous les auspices du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est. Le programme d'autogestion offre des ateliers d'autogestion des maladies chroniques animés par des pairs, des mesures de formation en soutien à l'autogestion à l'intention des fournisseurs de services de santé et d'autres activités d'avant-garde liées à l'autogestion. En partenariat avec de nombreux organismes communautaires et du secteur de la santé, 84 ateliers d'autogestion de six semaines intitulés « Vivre une vie saine » auxquels ont participé 1113 personnes ont été

donnés en 2011-2012, dans différentes langues : anglais, tamoul, mandarin et cantonais. Le programme a aussi créé des liens solides avec les services de soins primaires et les hôpitaux de la région afin de favoriser l'acquisition par le personnel de compétences en autogestion : 30 ateliers ont été fournis à 366 cliniciens en 2011-2012, alors que 130 de ces fournisseurs de services ont également pu compter sur des mesures additionnelles de mentorat. Le Programme d'autogestion du RLISS CE a bénéficié de l'appui de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. En 2011-2012, la province, par le biais de sa Stratégie, a aidé tous les RLISS de l'Ontario à accroître leurs activités d'autogestion afin de mieux préparer les diabétiques à prendre leur situation en charge et à se responsabiliser pour ce qui a trait à leurs décisions quotidiennes en matière de santé.
www.healthylifeworkshop.ca

Problèmes de santé liés aux maladies vasculaires signalées pour les résidents [adultes] du RLISS CE	Jours-patients dans TOUS les hôpitaux*	%
Cérébrovasculaire	2 525	2 %
Diabète de type 2	12 917	9 %
Insuffisance coronarienne	32 291	24 %
Maladie vasculaire périphérique	7 184	5 %
Cœur pulmonaire	40 854	30 %
Maladie rénale	10 505	8 %
AVC	23 596	17 %
Autres maladies liées au système vasculaire	6 748	5 %
Total	136 620	100 %

**Ce tableau présente le total des jours d'hospitalisation liés aux maladies vasculaires pour les résidents du RLISS du Centre-Est, y compris les jours passés dans des hôpitaux situés à l'extérieur du territoire du RLISS du Centre-Est. 72,7 % des jours-patients compilés pour les résidents adultes du RLISS du Centre-Est (>=15 ans) ont été traités dans le RLISS du Centre-Est, 21,3 % recevant des traitements dans le RLISS du Centre-Toronto..*

Prévention et gestion du diabète dans le RLISS du Centre-Est – en cours

Plus de 60 000 exemplaires du guide de ressources sur le diabète « *Vivre avec le diabète – ce qu'il faut savoir* », qui a été produit par le RLISS du Centre-Est, sont maintenant en circulation. Le guide est disponible en anglais, en français, en tamoul et en cantonais. Le Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète du RLISS du Centre-Est collabore avec ses partenaires des RLISS du Centre-Ouest et de Mississauga Halton pour rendre le guide disponible dans dix autres langues.
<http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10472>

Plan régional sur les maladies du rein – en cours

Depuis 2010, les trois centres rénaux du RLISS du Centre-Est (Scarborough, Durham et Peterborough) collaborent pour élaborer, partager et mettre en place des pratiques exemplaires dans le RLISS – cette initiative se poursuit sous la conduite du Réseau rénal du RLISS CE et avec l'appui du Réseau rénal de l'Ontario (RRO). Des améliorations ont été apportées en ce qui concerne l'accès à la dialyse à domicile dans la région, l'accès à la dialyse péritonéale dans les foyers de soins de longue durée et l'élaboration de stratégies visant à améliorer les taux de fistule artérioveineuse dans tous les centres.

Expansion du Code STEMI – en cours

En 2010-2011, le RLISS a favorisé l'expansion du programme du Code STEMI dans la région de Durham et l'établissement de partenariats plus serrés entre Lakeridge Health, Rouge Valley Health System (RVHS) et les

Services médicaux d'urgence de la région de Durham. Le Code STEMI s'est poursuivi en 2011-2012 pour permettre de faire une intervention coronarienne percutanée, ou une angioplastie, qui débloque les artères cardiaques rétrécies, dans les 90 minutes qui suivent l'arrivée d'un patient qui présente certains symptômes de trouble cardiaque et ainsi de sauver des vies. En présence de certains types de crises cardiaques subies par les clients de sa région, l'équipe des urgences de Lakeridge Health fait maintenant appel à RVHS pour activer le Code STEMI. Le patient est immédiatement transporté par ambulance au labo de cathétérisme cardiaque de RVHS, situé au campus Centenary de Toronto-Est, qui procède à une angioplastie. Après la procédure, le patient est ramené au service des soins intensifs de Lakeridge Health où lui sont prodigués les soins continus de rétablissement.

http://www.centralesthin.on.ca/newsroom_display.aspx?id=15784

Interventions coronariennes percutanées – en cours

En septembre 2011, le Centre régional de santé de Peterborough a été approuvé à titre de centre autonome d'intervention coronarienne percutanée (ICP) pour desservir les résidents du regroupement du Nord-Est. Le Centre régional de Peterborough, qui est le second centre ICP autonome du RLISS du Centre-Est, a commencé à offrir des ICP en janvier 2012. À la fin de 2011-2012, 144 procédures avaient été effectuées et le Centre régional de santé de Peterborough offrira 576 ICP par année.

Services régionaux de rétablissement cardiovasculaire – en cours

Les résidents de la région de Durham et de Scarborough bénéficient maintenant d'un meilleur accès aux services coordonnés de rétablissement cardiovasculaire. En juillet 2011, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a approuvé un investissement d'un million de dollars pour intégrer les programmes de rétablissement cardiovasculaire de Rouge Valley Health System (RVHS) et de Lakeridge Health. Les deux hôpitaux offrent ensemble un programme régional révolutionnaire de rétablissement cardiovasculaire et de prévention secondaire, qui pourra desservir annuellement 680 patients de plus, pour un total de 1980 résidents de leur région. Le rétablissement cardiovasculaire est offert aux personnes qui sont aux prises avec une maladie vasculaire établie ou qui sont à risque de développer une maladie cardiaque. Le nouveau service régional proposera des programmes d'exercice supervisé, des cours de formation, ainsi que des services de consultation et de soutien pour les patients et leurs familles.

À la fin de 2011-2012, le RLISS du Centre-Est prévoyait que le système aura réduit l'impact des maladies vasculaires en éliminant 17 430 jours d'hospitalisation d'ici 2013, surpassant de 7430 jours l'objectif de 10 000 jours.

Activités de participation communautaire

La participation communautaire est au cœur de toutes les activités du RLISS du Centre-Est. Pour être plus attentifs aux besoins locaux et aux occasions locales, un dialogue continu et une planification constante doivent s'établir entre les utilisateurs et les fournisseurs des services de santé. Depuis 2005, les membres du conseil et du personnel du RLISS ont établi une communication active avec les résidents du territoire desservi, les fournisseurs de services de santé, les associations provinciales, les dirigeants locaux et plusieurs autres organismes et personnes dans le but de trouver des façons d'améliorer le système de santé public.

En février 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a approuvé un ensemble de lignes directrices et une trousse d'outils sur la participation communautaire à l'intention des RLISS, en vue d'uniformiser les approches à la grandeur de la province. Grâce à ces lignes directrices, les quatorze RLISS de la province ont maintenant une approche commune à la planification de la participation communautaire et ils sont plus à même d'intégrer à leur processus décisionnel les commentaires recueillis lors des activités de participation communautaire. Voir <http://www.centralesthin.on.ca/Page.aspx?id=130>.

Il est indiqué dans les lignes directrices que les partenaires sont les individus, les collectivités, les entités politiques et les organisations qui ont un intérêt direct dans les résultats de l'initiative. Soit qu'ils peuvent avoir un impact sur le projet ou bien ils peuvent être touchés par lui. Toute personne qui peut être touchée positivement ou négativement par le projet, ou toute personne qui peut exercer une influence sur le projet ou sur ses résultats est considérée un partenaire du projet. Pour fins d'identification des parties intéressées dans le RLISS du Centre-Est, la notion de « collectivité » peut être interprétée comme un endroit (par ex. Scarborough, la région de Durham, le Nord-Est), et celle de « communauté » comme une communauté d'intérêt ou une communauté de pratique.

- *Communauté d'intérêt* – réseau informel auto-organisé de personnes réunies autour d'un intérêt, d'un enjeu, d'une occasion ou d'un problème commun. Il n'est pas nécessaire que ces personnes se réunissent physiquement et elles peuvent entretenir des liens de nature ponctuelle qui se limitent à l'élément qui les réunit.
- *Communauté de pratique* – réseau informel auto-organisé de personnes ayant un domaine de pratique ou une profession en commun. Ces regroupements sont basés sur la volonté des membres de s'entraider (en faisant circuler l'information) et leur besoin d'enrichir leurs propres connaissances (en apprenant des autres).
- *Entité politique* – pour les fins d'identification des partenaires, une « entité politique » est une personne, une organisation ou un groupe ayant des intérêts politiques ou des responsabilités publiques connus. Cette notion englobe les personnes occupant une charge publique, les mouvements syndicaux et les groupes de citoyens.
- *Partenaires de planification* – pour le RLISS du Centre-Est, un partenaire de planification est défini comme un groupe qui a été formellement constitué et/ou reconnu par le RLISS en vue de faciliter une participation liée à un livrable de l'ERPR du RLISS.

La participation communautaire désigne aussi les méthodes employées par le RLISS pour interagir avec ses partenaires et diffuser et réunir l'information. La participation communautaire a pour but d'informer, d'éduquer, d'obtenir des rétroactions, de consulter, de faire participer et d'habiliter les partenaires pour ce qui a trait à la planification des soins ou des services de santé et aux processus décisionnels en vue d'améliorer le système de santé.

- *Informer et éduquer* – fournir de l'information exacte, opportune, pertinente et facilement compréhensible à la collectivité. Ce niveau de participation fournit de l'information sur le RLISS et donne aux membres de la collectivité l'occasion de comprendre les problèmes, les options et les solutions. Ce niveau de participation ne peut pas avoir d'influence sur le résultat final car il s'agit d'une communication unidirectionnelle.
- *Recevoir les rétroactions* – obtenir des commentaires sur les analyses et les changements proposés. Ce niveau de participation permet aux collectivités de faire connaître leurs points de vue, d'exprimer leurs craintes et de proposer des modifications. Ce niveau de participation peut avoir une influence sur le résultat final.

- *Consulter* – demander et recevoir l'avis des partenaires communautaires au sujet des politiques, des programmes ou des services qui les touchent directement ou dans lesquels il peuvent avoir un intérêt substantiel. Ce niveau de participation permet d'établir un dialogue entre le RLISS et la collectivité. La consultation peut conduire à un changement du résultat final.
- *Faire participer* – travailler directement avec les partenaires afin d'assurer que leurs problèmes et leurs préoccupations soient bien compris et pris en considération, et pour permettre aux résidents et aux collectivités de faire entendre leurs voix. À ce niveau, les partenaires communautaires peuvent fournir directement des conseils car il s'agit d'une communication bidirectionnelle. Ce niveau influence le résultat final et incite les participants à formuler des solutions.
- *Habiller* – permettre la prise de décision finale.

(Il convient de noter que ce dernier niveau (habilitation) appartient au gouvernement et au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est.)

En 2011-2012, les structures de participation nouvelles ou revues introduites lors du lancement du Plan d'intégration des services de santé 2010-2013, la participation continue de nos partenaires francophones et autochtones ainsi que l'utilisation continue du site web, les réunions publiques du conseil d'administration, les communications publiques et les rencontres personnelles ont continué de venir en aide au RLISS dans son travail de collaboration avec ses partenaires communautaires en vue d'améliorer le système de santé public.

Initiatives francophones

En 2010, le gouvernement provincial a adopté, en application de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL), un règlement portant sur la participation de la communauté francophone. Le RLISS du Centre-Est s'est par la suite joint à ses partenaires – Simcoe Muskoka Centre et Nord – en vue de créer un partenariat avec l'Entité de planification des services de santé en français n° 4 pour le Centre-Sud-Ouest de l'Ontario. Cette collaboration a inclus l'élaboration d'une entente de responsabilisation entre l'Entité 4 et les RLISS, la mise au point d'un Plan d'action conjoint et la création d'un comité de liaison.

En 2011-2012, le RLISS du Centre-Est a travaillé avec l'Entité 4 et ses partenaires du RLISS de Simcoe Muskoka Centre et Nord sur plusieurs dossiers :

- définir précisément les rôles, les responsabilités et les relations de travail entre l'Entité 4 et les RLISS, incluant les coordonnateurs des services en français;
- obtenir le concours de la communauté francophone pour les actions prises par chaque RLISS pour réaliser les priorités stratégiques de leur Plan d'intégration des services de santé (PISS);
- rendre l'information sur les fournisseurs de services en français facilement accessibles sur le site web de chaque RLISS;
- définir des objectifs à long terme en vue d'améliorer l'accès aux services en français dans chaque RLISS.

Deux modules de formation en français ont été produits : un module de formation des dirigeants par les pairs et un module d'autogestion. Ces modules ont été produits dans le cadre du Programme d'autogestion du Centre-Est administré par le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est. L'Entité jouera un rôle de premier plan dans l'élaboration du prochain PISS du RLISS à l'été et l'automne 2012.

Population francophone du RLISS du Centre-Est

Zone de planification	Population qui déclare notamment le français comme langue maternelle – total des réponses	% de la population qui déclare notamment le français comme langue maternelle
Haliburton Highlands	265	1,7 %
Kawartha Lakes	870	1,2 %
Ville et comté de Peterborough	1650	1,3 %
Northumberland-Havelock	920	1,2 %
Durham Est	5070	2,3 %
Durham Ouest	5470	1,98 %
Durham Nord/Centre	555	1,1 %
Scarborough /Agincourt-Rouge	2250	0,8 %
Scarborough Cliffs – Scarborough Centre	3285	1,2 %
Total	20360	1,4 % de la population du RLISS CE

Initiatives autochtones

En 2010-2011, la Première Nation d'Alderville, la Première Nation de Curve Lake, la Première Nation d'Hiawatha, la Nation Métis de l'Ontario, la Première Nation des Mississaugas de l'île Scugog et le RLISS du Centre-Est ont formé un important partenariat au profit de la santé, des communautés et de l'avenir des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des peuples sans statut.

Deux groupes consultatifs, le Cercle consultatif de la santé des Premières Nations et le Comité consultatif des Métis, des Inuits et des peuples sans statut, ont conseillé le RLISS du Centre-Est sur différents sujets touchant les priorités de la province et du RLISS du Centre-Est relativement aux peuples des Premières Nations représentés. En 2011-2012, les deux groupes consultatifs ont continué à se réunir aux deux mois et une rencontre conjointe du Cercle consultatif de la santé des Premières Nations et du Comité consultatif des Métis, des Inuits et des peuples sans statut a eu lieu en septembre 2011.

En 2011-2012, le Cercle consultatif de la santé des Premières Nations s'est notamment penché sur la santé mentale et la toxicomanie, les soins aux aînés et l'accès aux données de santé concernant leurs communautés. Le Comité consultatif des Métis, des Inuits et des peuples sans statut a également procédé à une enquête sur leurs besoins de santé. Cette initiative, qui a bénéficié du soutien de la Nation Métis de l'Ontario et des RLISS du Centre-Est et du Sud-Est, fournira de l'information sur les besoins de santé autodéclarés des Métis qui résident dans les RLISS de la province. Cette enquête devrait être complétée au début de 2012-2013.

Le RLISS du Centre-Est estime que les Premières Nations, les Métis et les peuples autochtones urbanisés qui résident dans la région représentent environ un pour cent de la population totale du RLISS.

Les peuples des Premières Nations, les Métis, les Inuits et les sans statut sont confrontés à différents problèmes et défis sur le plan de la santé et leur état de santé est moins bon que celui de la population en général. Les peuples des Premières Nations, Métis, Inuits et sans statut ont identifié plusieurs obstacles à l'accès équitable aux services de santé, notamment sur le plan juridictionnel et du financement, l'insensibilité à leur culture et l'absence de programmes ciblant leurs besoins de santé particuliers.

L'un des principaux objectifs du RLISS du Centre-Est consiste à travailler avec les peuples des Premières Nations, les Métis, les Inuits et les sans statut pour améliorer l'état de santé général de ces peuples. Le RLISS du Centre-Est veut travailler avec tous les peuples autochtones pour aligner les services de santé avec les plans et programmes de santé et les systèmes de prestation des services existants aux niveaux régional, provincial et fédéral en vue d'améliorer la santé de cette clientèle. Voir <http://www.centralesthin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=18144>

	RLISS du Centre-Est	Ontario
Population totale d'identité autochtone	16 390	242 490
Indien de l'Amérique du Nord – réponse unique	10 525	158 400
Métis – réponse unique	5 015	73 610
Inuit – réponse unique	210	2 035
Autochtone – réponse multiple	100	1 905
Autochtone – réponse non incluse ailleurs	600	6 540
Population totale d'ascendance autochtone	34 515	403 795
Pourcentage de la population d'identité autochtone	1,2 %	2,0 %
Pourcentage de la population d'ascendance autochtone	2,4 %	3,4 %

Populations d'identité autochtone et d'ascendance autochtone – RLISS du Centre-Est, recensement de 2006

Structures de participation

Mobilisation entre conseils

Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a créé trois conseils consultatifs sur la gouvernance en 2010 dans les regroupements de Scarborough, de Durham et du Nord-Est. Les administrateurs des fournisseurs de services de tous les secteurs étaient invités à participer aux travaux de ces conseils. Des rencontres trimestrielles ont été organisées pour discuter des pratiques exemplaires, des défis et des succès de chaque organisation, ainsi que des derniers développements concernant les initiatives du RLISS. Ces rencontres ont permis de faire progresser le dialogue et d'approfondir les relations entre nos fournisseurs de services de santé. Les conseils continueront de se rencontrer pour discuter de différentes questions, dont l'amélioration de la qualité, les soins axés sur le patient et tout autre sujet proposé par les membres. Dans un effort pour répondre aux besoins de bonne gouvernance, le RLISS du Centre-Est a offert son appui aux « camps » de gouvernance de Centraide en invitant les conseils de tous nos fournisseurs de services de santé à participer à ces ateliers.

Conseil exécutif du Centre-Est (CECE)

Les cadres supérieurs du RLISS du Centre-Est, tous les hôpitaux du RLISS du Centre-Est et le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est se rencontrent mensuellement pour examiner les initiatives et projets communs qui appuient les objectifs du RLISS de réduction du temps d'attente dans les urgences et de réduction de l'impact des maladies vasculaires. Guidé par un protocole d'entente, le Conseil examine aussi les programmes, services et mesures administratives qui pourraient permettre de réduire les coûts, d'accroître la qualité ou d'améliorer l'accès aux services, et développer collectivement la capacité des ressources humaines et les occasions de partager l'expérience.

Groupe de leadership médical

Les solides partenariats avec les chefs du personnel et les chefs de direction des services infirmiers des hôpitaux qui se sont formés pendant la mise au point du premier « Plan de services cliniques » se sont poursuivis en 2011-2012 et le RLISS a continué de rencontrer ces groupes pour discuter des livrables à l'échelle du système et pour élaborer des programmes et initiatives pour la région.

Comité de direction des vice-présidents et des chefs des services infirmiers (VP/CSI)

Le Comité de direction VP/CSI facilite la prestation de soins sécuritaires, de qualité, intégrés, uniformes et efficaces dans le RLISS du Centre-Est. Par la collaboration et la prise de décision collective, le Comité de direction vise à améliorer l'expérience du patient et fait des recommandations relativement à la pratique, dans le but d'optimiser les soins offerts. Le Comité de direction cherche aussi des occasions de perfectionnement continu des professionnels de la santé du RLISS du Centre-Est, incluant sans s'y limiter la normalisation des politiques, des processus et des protocoles à l'intérieur du RLISS du Centre-Est.

Groupe directeur en matières financières pour les hôpitaux et le CASC

Ce groupe de travail offre au sein d'un forum collaboratif une connaissance approfondie, une expertise et un pouvoir d'orientation en gestion financière, en conformité avec les priorités et les stratégies du RLISS du Centre-Est (telles que formulées dans le PISS). Lors de leurs réunions mensuelles, les membres examinent les questions courantes et les dossiers futurs. En fonction de leur évaluation de la situation, le groupe élabore des solutions innovatrices d'intégration/coordination et d'amélioration des services de santé.

Comité directeur sur la cybersanté

Le Comité directeur sur la cybersanté du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est se rencontre à chaque trimestre. Il encadre activement l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie et du plan tactique de cybersanté du RLISS CE afin de permettre aux fournisseurs de soins du RLISS de tirer profit des technologies de l'information et de la communication.

Groupe de travail sur la Stratégie de réduction des temps d'attente

Ce groupe de travail offre au sein d'un forum collaboratif une connaissance approfondie, une expertise et un pouvoir d'orientation en planification et en mise en œuvre d'initiatives particulières, en conformité avec les priorités et les stratégies du RLISS du Centre-Est (telles que formulées dans le PISS) et avec la Stratégie de réduction des temps d'attente. L'objectif est de réduire les temps d'attente dans les secteurs prioritaires du RLISS du Centre-Est, tout en facilitant le mouvement des patients et en préservant la qualité dans tout le continuum des soins. Par ailleurs, les membres examinent les questions courantes et les dossiers futurs. En fonction de leur évaluation de la situation, le groupe élabore des solutions innovatrices d'intégration/coordination et d'amélioration des services de santé.

Groupe de travail sur l'imagerie diagnostique

En 2011-2012, ce groupe de travail s'est rencontré mensuellement pour appuyer le Groupe de travail sur la Stratégie de réduction des temps d'attente et le RLISS du Centre-Est dans la gestion des temps d'attente liés à l'imagerie diagnostique (IRM et tomodensitométrie). Le groupe a discuté des pratiques exemplaires en matière de qualité et des méthodes permettant d'améliorer l'efficacité (par ex. MRI PIP) qui pourraient être implantées à

l'échelle du RLISS. Cette année, le groupe a étudié la possibilité d'adopter une approche plus coordonnée et uniforme pour l'orientation des patients et la gestion de l'information. Cette approche collaborative de gestion du système se poursuivra en 2012-2013.

Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)

Comme tous les RLISS, le RLISS du Centre-Est a créé un Comité consultatif des professionnels de la santé. Ce comité aide le RLISS à s'acquitter de ses responsabilités en le conseillant sur la mise en place de soins de santé axés sur le patient.

Partenariat avec la santé publique

Le RLISS du Centre-Est se réunit tous les trimestres avec les médecins hygiénistes des quatre bureaux de santé publique de la région. Présidé par le chef de la direction du RLISS, le groupe discute de différents sujets d'intérêt commun, notamment des pratiques exemplaires en matière de prévention des infections, de gestion des épidémies et des engorgements, de prévention des chutes et de cessation du tabagisme.

Groupe de travail sur les soins primaires

La vision du Groupe de travail sur les soins primaires est la suivante : « Les meilleurs soins primaires partout. » Ce groupe de travail, qui se rencontre à chaque mois, compte 18 membres dont des médecins de soins primaires de toute la région, des infirmières praticiennes, des pharmaciens et des représentants de la santé publique. Le groupe de travail est coprésidé par un médecin et un dirigeant non médecin. Il fournit des conseils experts au RLISS du Centre-Est sur les tendances et questions actuelles et émergentes en soins primaires et en santé de la population. Lors de ses réunions mensuelles et grâce au travail de ses chefs, le Groupe de travail sur les soins primaires poursuit sa collaboration avec tous les partenaires et le RLISS du Centre-Est afin de promouvoir les pratiques exemplaires et créer un système de santé axé sur le patient efficace qui facilitera la navigation des patients dans le continuum des soins. L'intégration du rôle des soins primaires dans la planification du RLISS a été renforcée en 2011-2012 quand le D^r Robert Drury (Durham et Nord-Est) et le D^r Christopher Jyu (Scarborough) ont été nommés responsables des soins primaires pour le RLISS du Centre-Est. En travaillant ensemble, le RLISS et les fournisseurs de services de soins primaires de la région poursuivent la mise en place de stratégies qui améliorent l'accès à des soins de qualité pour les résidents du RLISS.

Coalitions sur les objectifs stratégiques

Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire

Les coalitions ont vu le jour en mai 2010 en vue de faciliter la réalisation des objectifs stratégiques du RLISS. La *Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire* est composée de quinze personnes provenant des secteurs des soins primaires, des soins actifs, des services communautaires et des soins de longue durée. En 2011-2012, la coalition a mis au point une « Stratégie de santé vasculaire et Plan de mise en œuvre pour le RLISS du Centre-Est » en vue d'atteindre l'objectif stratégique d'éliminer 10 000 jours/patients liés aux problèmes vasculaires (incluant le diabète). À ce jour, la Coalition a dépassé sa cible et a éliminé 17 430 jours/patients.

Organisme de gouvernance des services gériatriques régionaux spécialisés (SGRS)

L'objectif d'assurer que les personnes âgées fragiles qui résident dans le Centre-Est aient accès à un système régional intégré de soins a fait son chemin en 2011-2012 quand une équipe de dirigeants locaux a été choisie pour former le premier Organisme de gouvernance des services gériatriques régionaux spécialisés (SGRS) du Centre-Est. Cet organisme a vu le jour après que le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est ait approuvé un plan de mise en application d'un modèle régional pour l'organisation, la coordination et la gouvernance des services gériatriques spécialisés qui tire profit des investissements déjà effectués dans le domaine, notamment sur le plan de l'évaluation gériatrique, de la gestion des urgences gériatriques et des programmes hospitaliers d'activation. Cet organisme, qui compte des représentants des secteurs hospitalier, communautaire, des soins de longue durée, des médecins et des consommateurs, s'est réuni plusieurs fois pour enclencher la planification des services gériatriques spécialisés régionaux et pour élaborer un plan stratégique qui sera inséré dans le Plan d'intégration des services de santé 2013-2016 du RLISS.

Comité de direction de la transition entre les soins du Centre-Est

Le Comité de direction de la transition entre les soins du Centre-Est regroupe des dirigeants de tous les secteurs de la santé. Le Comité se penche sur les processus et facilitateurs qui améliorent les activités et la qualité, en particulier pour ce qui touche à la transition entre les soins (au contraire d'autres comités et structures qui mettent l'accent sur la coordination de services régionaux – par ex. la Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire et l'Organisme de gouvernance des services gériatriques régionaux spécialisés du Centre-Est). Le Comité de direction collabore avec le RLISS et d'autres fournisseurs de services de santé et sous-comités en vue d'assurer que les différentes initiatives mises de l'avant, tels les projets d'orientation et de mise en concordance des ressources et Chez soi avant tout sont conformes et pour soutenir la diffusion de stratégies et d'outils d'amélioration de la qualité.

Réseau de soins palliatifs du Centre-Est

Le secteur des soins palliatifs du Centre-Est a intégré trois réseaux de soins de fin de vie du Centre-Est : le Réseau de soins de fin de vie de la région de Durham, le Réseau de soins de fin de vie d'Haliburton, Kawartha et Pine Ridge et le Réseau de soins palliatifs de Toronto-région Est, pour former le Réseau de soins palliatifs du Centre-Est sous la direction du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est. Le Réseau a conseillé le CASC CE et le RLISS relativement à la planification et à la coordination des soins palliatifs en appui des objectifs stratégiques du RLISS.

Équipe de conception du Centre-Est pour le POSTC (Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement)

À titre de RLISS pilote du POSTC, le RLISS du Centre-Est a réuni une Équipe de conception pour le POSTC composée de représentants des secteurs hospitalier, communautaire et des soins de longue durée. Cette équipe a élaboré en collaboration avec le RLISS un plan d'action régional qui prévoyait un investissement important dans les services afin d'améliorer les soins aux personnes âgées qui présentent des comportements associés aux problèmes de santé mentale, de démence et autres troubles neurologiques complexes et exigeants. Le plan d'action comporte des mesures de formation qui ont été données à plus de 800 intervenants de première ligne, qui continuent à améliorer la qualité de vie des résidents des foyers de soins de longue durée qui ont des comportements difficiles. Cette équipe continuera à soutenir les pairs en 2012-2013 alors que le modèle POSTC sera étendue à l'ensemble du RLISS et appliqué au milieu communautaire.

Conseil consultatif sur le programme d'autogestion du RLISS du Centre-Est

Ce conseil consultatif créé en avril 2010 a pour mandat de fournir des conseils stratégiques sur la mise en œuvre du programme d'autogestion, de recommander des partenariats avec d'autres partenaires et d'examiner les résultats du programme, des études de cas et des pratiques exemplaires. Le conseil se réunit quatre fois par année.

Réseau de lutte contre le diabète du Centre-Est (RLD)

Le Réseau est composé de fournisseurs de services aux diabétiques de toute la région qui travaillent ensemble pour améliorer l'accès des résidents aux soins pour diabétiques. Le Réseau collabore étroitement avec le Centre de coordination régionale de la lutte contre le diabète du Centre-Est (CCRLD) et conseille le RLISS quant aux investissements à faire pour améliorer les soins. Le CCRLD a désigné deux médecins, le D^r Tom Bell et le D^r Christopher Jyu, pour soutenir leurs activités. Le CCRLD a aussi embauché des endocrinologues pour offrir des consultations aux collectivités mal desservies. Sous l'auspice du CCRLD et du CASC du Centre-Est, la planification et la mise en œuvre de centres de soins complexes pour diabétiques avec accueil et triage centralisé de tous les types de diabétiques a débuté en 2011-2012.

Comité de désengorgement du système

Ce comité est composé de cadres supérieurs des hôpitaux et des foyers de soins de longue durée, d'éthiciens, de cadres supérieurs du CASC CE, du chef des soins primaires du RLISS du Centre-Est, du chef des soins intensifs du RLISS du Centre-Est et de membres du personnel du RLISS du Centre-Est (chef de la conception des systèmes, chef des communications consultant en mise en œuvre, planificateur des services de santé). Le Comité

de désengorgement du système du RLISS du Centre-Est se réunit aux deux mois en l'absence d'engorgement ou d'engorgement appréhendé. Au cours de la dernière année, le Comité a fourni un forum efficace et efficient de gestion et de coordination de la réponse du système face à un engorgement modéré et à un engorgement majeur ayant des répercussions sur le système de santé local (un engorgement se produit quand la demande dépasse la capacité du système). Le Comité a aussi permis de communiquer l'information sur les pratiques exemplaires aux fournisseurs de soins et aux responsables locaux de la santé publique en cas d'engorgement régional ou sous-régional d'ampleur modérée ou majeure. Le Comité élabore actuellement un protocole des pratiques exemplaires en matière de ventilation visant à assurer l'utilisation rapide, efficace et uniforme des ventilateurs dans le RLISS du Centre-Est en situation d'engorgement.

Activités de participation

Symposium du RLISS du Centre-Est

Le 31 mai 2011, le RLISS du Centre-Est a tenu son cinquième symposium annuel, intitulé « Atteindre le sommet de la qualité ». Encore une fois cette année, l'événement a permis aux fournisseurs de services de santé – administrateurs, gestionnaires, médecins, dirigeants cliniques, personnel de première ligne, patients/clients/consommateurs – d'échanger sur les pratiques exemplaires et les initiatives d'amélioration de la qualité qui ont une incidence directe sur la réalisation des objectifs stratégiques du RLISS. Pendant cet événement d'une journée, les participants ont pu entendre plusieurs présentations faites par des conférenciers invités et participer à des ateliers portant en avant-midi sur la navigation dans le système de santé à partir du point de vue du patient/aidant et en après-midi sur les cercles de coaching. En outre, Laurie Skreslet, le premier Canadien à avoir vaincu l'Everest, nous a transmis son message de courage et de détermination.

Réunions publiques du conseil d'administration

Le conseil d'administration et les comités du conseil (vérification et finances, nominations et gouvernance) tiennent des réunions sur une base régulière afin que l'information puisse être examinée et débattue par le conseil en vue de faciliter le processus décisionnel en soutien au personnel du RLISS du Centre-Est. En janvier 2011, le conseil a adopté une politique intitulée « Délégations au conseil du RLISS du Centre-Est ». Cette politique met en place une démarche méthodique et formelle d'évaluation des demandes et d'invitation des délégations au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est. Les procès-verbaux de toutes les réunions sont affichés sur le site web du RLISS du Centre-Est et nos partenaires sont avertis de tout nouvel affichage par l'entremise du système web MY PAGE.

Fournisseurs sectoriels

La participation ciblée des fournisseurs sectoriels du RLISS du Centre-Est a favorisé le partage d'information alors que le RLISS travaillait avec les hôpitaux, les organismes communautaires et les foyers de soins de longue durée à la rédaction des ententes de responsabilisation annuelles. L'information partagée lors de ces séances a été affichée sur le site web du RLISS du Centre-Est afin que tous les partenaires du RLISS puissent voir le travail réalisé par ces fournisseurs en vue d'offrir des services de santé accessibles, efficaces et de qualité.

Participation des médecins

Le RLISS du Centre-Est a continué de mobiliser ses médecins en 2011-2012, notamment dans le cadre d'événements tels celui du 18 mai 2011 au Tosca Banquet Hall d'Oshawa. Le RLISS a aussi la chance de compter sur une excellente relation avec les médecins-chefs dont le D^r Robert Drury et le D^r Christopher Jyu, chefs des soins primaires du RLISS, le D^r Robert Kyle, coprésident du Comité consultatif des professionnels de la santé du RLISS du Centre-Est, le D^r Gary Mann, chef des services d'urgentologie, le D^r Andrew Steele, coprésident de la Coalition de l'objectif stratégique de la santé vasculaire du RLISS du Centre-Est, et le D^r Randy Wax, chef des soins intensifs, dont le dévouement avec les médecins et leurs collègues cliniques de partout dans le RLISS soutient le personnel du RLISS et le conseil d'administration dans leurs activités de planification et de prise de décision. Un guide de ressources et une trousse d'outils pour la participation des médecins de soins primaires mis au point avec l'Ontario Medical Association et l'Ontario College of Family Physicians et affichés sur le site web

de tous les RLISS proposent aux RLISS un large éventail de techniques de mobilisation qu'ils peuvent utiliser pour consolider leurs relations avec les médecins et améliorer la collaboration.

Conseils régionaux, municipaux et de comté

Le RLISS du Centre-Est a continué de *visiter les conseils régionaux, municipaux et de comté en 2011-2012* afin d'informer les élus locaux du travail accompli pour améliorer les services de santé fournis à leurs résidents et électeurs.

Mobilisation des députés provinciaux

Des rencontres répétées entre *les dirigeants du RLISS et les élus provinciaux* de toutes les circonscriptions du Centre-Est ont permis d'informer les députés au sujet des initiatives mises de l'avant par le RLISS afin de mieux desservir leurs électeurs.

Bureau des conférenciers

Le personnel et les membres du conseil du RLISS ont assisté à différents événements organisés par des tiers en 2010-2011 dans le cadre du « *Bureau des conférenciers* », notamment des assemblées générales, des annonces publiques et des portes ouvertes de fournisseurs de services de santé. Ce sont là autant d'occasions pour le RLISS d'entendre d'une part ses partenaires locaux se prononcer sur les enjeux locaux et sur les occasions d'amélioration locales et d'autre part d'informer le public et ses partenaires.

Intégration

L'un des principaux objectifs poursuivis par chacun des RLISS est l'intégration des services de santé afin de former un système de santé plus efficace tout en améliorant l'expérience de soins des patients en créant un système homogène et sans coupure. En 2011-2012, le RLISS du Centre-Est a continué de faciliter les activités d'intégration des façons suivantes :

Outil d'auto-évaluation de la santé organisationnelle

L'outil d'auto-évaluation du RLISS du Centre-Est permet aux services de soutien communautaire et aux organismes communautaires en santé mentale et toxicomanie d'évaluer rapidement leur état de santé organisationnel. Élaboré par le RLISS du Centre-Est et mis à la disposition de tous ses partenaires, l'outil est une ressource précieuse dont les fournisseurs de services de santé doivent tenir compte lorsqu'ils évaluent si les services qu'ils offrent à leurs patients/clients sont fournis de façon efficace, efficiente et responsable. En effectuant l'évaluation, les membres du conseil d'administration et les dirigeants de l'organisme peuvent évaluer l'état de santé de leur organisation et prendre éventuellement les mesures qui s'imposent, y compris profiter des éventuelles occasions d'intégration, pour atténuer les problèmes identifiés.

<http://www.centralecastlhin.on.ca/Page.aspx?id=96>

Guides sur le processus et les exigences d'intégration facilitée et négociée

Le « Guide sur le processus et les exigences d'intégration volontaire » et le « Guide sur le processus et les exigences d'intégration facilitée et négociée » du le RLISS du Centre-Est aident les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS du Centre-Est à planifier et réaliser une intégration volontaire, facilitée ou négociée. Nous continuons de partager ces guides avec tous nos partenaires, y compris les autres RLISS, et à les afficher sur notre site web. <http://www.centralecastlhin.on.ca/Page.aspx?id=96>

Activités d'intégration

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (LISSL)* a créé plusieurs outils que le RLISS, le Ministère et les fournisseurs de services de santé peuvent utiliser pour faciliter l'intégration :

- les intégrations par financement, où le RLISS utilise son pouvoir de financement pour promouvoir l'intégration des services;
- les intégrations facilitées et négociées, où le RLISS et/ou les FSS étudient les stratégies d'intégration

appropriées et le RLISS facilite et négocie l'intégration avec les FSS;

- les intégrations forcées, où le RLISS ordonne aux FSS d'intégrer leurs services;
- les intégrations volontaires, où un FSS planifie de son propre chef l'intégration de services financés par le RLISS;
- l'arrêt ministériel, où le ministre ordonne à un FSS de s'intégrer, c.-à-d. de cesser ses activités, de se dissoudre, de liquider ses opérations, de fusionner ou transférer ses opérations avec/entre des fournisseurs de services de santé.

Voici certains des projets d'intégration réalisés dans le RLISS du Centre-Est in 2011-2012 :

Association canadienne pour la santé mentale – regroupement du Nord-Est – intégration facilitée

Avec le soutien unanime des deux conseils d'administration, les bureaux de Kawartha Lakes et de Peterborough de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) ont procédé à une intégration facilitée en 2011-2012 en prévision d'une fusion complète en avril 2013.

<http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=19612>

Services régionaux de rétablissement cardiovasculaire – intégration volontaire

Les patients de la région de Durham et de Scarborough bénéficient d'un accès amélioré à des services de rétablissement cardiovasculaire coordonnés après que le conseil du RLISS du Centre-Est ait approuvé un investissement d'un million de dollars pour soutenir l'intégration volontaire des programmes de rétablissement cardiovasculaire du Rouge Valley Health System (RVHS) et de Lakeridge Health Corporation. Les deux hôpitaux offriront ensemble un programme régional révolutionnaire de rétablissement cardiovasculaire et de prévention secondaire, qui pourra desservir annuellement 680 patients de plus, pour un total de 1980 résidents de leur région.

<http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=20418>

Infirmières de l'Ordre de Victoria (IOV) – Scarborough Centre for Healthy Communities – intégration par financement

Dans le RLISS du Centre-Est, les services de soins palliatifs sont offerts par plusieurs organisations dont les hôpitaux, le Centre d'accès aux soins communautaires et des organismes de soutien communautaires. À la fin de l'année 2010, le RLISS a travaillé avec plusieurs organismes du regroupement du Nord-Est en vue de faciliter les intégrations. Cette initiative a conduit à l'intégration d'organismes de soins palliatifs autonomes à des organismes de soins communautaires offrant aux clients et à leurs familles une palette plus grande de services. Le RLISS du Centre-Est a décidé d'encourager ce type d'intégration, qui a pour effet de consolider les partenariats entre fournisseurs communautaires et qui est avantageux pour les clients et leurs familles. Le RLISS a de nouveau utilisé cette approche avec les services de soins palliatifs de Scarborough. Sous la direction du RLISS, l'établissement de la région Toronto-York des Infirmières de l'Ordre de Victoria, qui recevait des fonds pour offrir des services palliatifs communautaires, a conclu avec le Scarborough Centre for Healthy Communities une entente de transfert des services palliatifs à compter du 1^{er} avril 2012, afin de répondre plus efficacement aux besoins de ses clients. Pendant la transition, les perturbations des services aux clients ont été réduites au minimum et la transition n'a pas eu d'effet sur la participation des bénévoles.

Programme de logements supervisés de Manse Road – intégration volontaire

Un service de logements supervisés comptant dix unités administré par l'Hôpital de Scarborough à 125 Manse Road a été transféré à Good Shepherd Non-Profits Homes Inc. en janvier 2012. L'hôpital et l'organisme ont préparé ensemble un dossier d'intégration volontaire en collaborant avec les locataires et le personnel afin de minimiser la perturbation des services et assurer que le transfert se fasse de façon aussi harmonieuse que possible. Les clients vulnérables ayant besoin de services en santé mentale dans des logements supervisés continuent de recevoir les services nécessaires après l'intégration.

Spruce Corners – intégration facilitée

Depuis 1993, le conseil d'administration d'Apsley and District Satellite Homes for Seniors (ADSHS) fournit un service de logements supervisés à son établissement de Spruce Corners, 30 Simeon Crescent, Apsley. Au fil des ans, plusieurs personnes ont résidé dans les huit unités de logement gérées par l'organisme avec l'aide du personnel et de préposés embauchés à contrat. En offrant ce service, le conseil d'ADSHS a permis à ses résidents de mener une vie aussi autonome qu'ils le souhaitent, tout en recevant rapidement les services que commandait leur état et en bénéficiant de plusieurs occasions de loisirs. En 2011-2012, l'intervention du conseil et du personnel du RLISS du Centre-Est a permis de procéder à une intégration facilitée selon laquelle la responsabilité de fournir les services sera transférée à la Société canadienne de la Croix-Rouge, alors que la propriété de la résidence même sera transférée à la Peterborough Housing Corporation.

<http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=21002>

Services de santé communautaire – intégration facilitée

Le 22 février 2012, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a adopté la Stratégie d'intégration des services de santé communautaire, une stratégie d'intégration facilitée s'adressant aux services de soutien communautaire (SSC) et aux centres de santé communautaire (CSC). Cette stratégie devrait débuter en avril 2012 pour prendre fin en 2015. Dans le cadre de ces intégrations facilitées, des groupes de SSC et de CSC participeront à un processus graduel visant à améliorer l'accès des clients à des services de qualité, préparer le système pour les transformations à venir et faire un usage judicieux des fonds publics en décelant les occasions d'intégration.

http://www.centraleastlin.on.ca/report_display.aspx?id=21752

ANALYSE DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DU RLISS DU CENTRE-EST

En 2011-2012, le RLISS du Centre-Est a reçu un budget de fonctionnement total de 6,5 millions \$ composé de 4,7 million \$ pour les activités de fonctionnement plus un financement supplémentaire de 1,8 million \$ tel que noté dans les états financiers (note 8). Le RLISS du Centre-Est a exercé une gestion financière prudente visant à équilibrer son budget de fonctionnement interne et a atteint l'objectif d'un surplus inférieur à 1 %. Le financement supplémentaire destiné à des projets spéciaux a permis au RLISS de mettre en œuvre différentes initiatives telle la planification de la santé chez les autochtones, l'évaluation et le suivi de la performance en matière de soins d'urgence, ainsi que des projets de cybersanté, de soutien aux services en français et aux initiatives autochtones.

Le plan d'action du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a entraîné un investissement important dans les services en vue d'améliorer les soins aux personnes âgées qui présentent des comportements associés aux problèmes de santé mentale, de démence et autres troubles neurologiques complexes et exigeants. Le financement des soins primaires était destiné à un médecin-chef pouvant favoriser des soins primaires accessibles, efficaces et offerts en temps voulu et prévenir les visites inutiles dans les services des urgences. Les résultats visés sont d'apporter des améliorations quantifiables en faveur de l'atteinte des cibles en matière d'ANS et de services des urgences et réduire le nombre de patients sans médecin de famille inscrits à Accès soins.

La structure organisationnelle du RLISS du Centre-Est est un modèle collaboratif qui appuie la réalisation des objectifs stratégiques du RLISS du Centre-Est en améliorant nos processus de travail. La désignation de co-chefs agissant en tant que « points de contact » pour chaque secteur se rapportant au RLISS du Centre-Est – les hôpitaux, le CASC, les services de soutien communautaire, les centres de santé communautaire, les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie et les foyers de soins de longue durée – ont permis d'améliorer le soutien pour les enjeux liés à chaque secteur.

Le Programme de gestion de la performance du RLISS du Centre-Est assure que tous les postes à l'interne appuient les objectifs de l'organisation par la réalisation de leurs propres objectifs et l'identification des occasions de développement. L'organisation du RLISS du Centre-Est se compose de trois unités : unité organisationnelle (gouvernance, communications, soutien opérationnel), conception et mise en œuvre des systèmes (intégration, amélioration de la qualité, planification des systèmes) et finances et gestion de la performance (finances, performance). Avec l'aide de ProfessionsSantéOntario et de Qualité des services de santé Ontario, le personnel de 33 ÉTP a géré avec succès un système de services de santé de 2 milliards \$ pour le compte des résidents du RLISS du Centre-Est.

Le code de conduite du RLISS du Centre-Est, que le personnel du RLISS a élaboré en 2010 et que le conseil d'administration du RLISS a adopté en novembre 2010, se veut le point de référence sur lequel doivent se guider tous les employés et le conseil d'administration dans leurs interactions et décisions quotidiennes et qui aide les employés et le conseil d'administration à travailler plus efficacement ensemble. En 2011-2012, la structure de mise en application du code de conduite prévoit sa promotion continue auprès du personnel, l'élaboration d'une procédure de conformité, ainsi que des initiatives d'éducation continue et d'élaboration de politiques.

http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=18896&ckmencel=e2f22c9a_72_184_18896_2

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

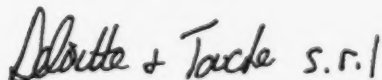
Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du RLISS au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.



Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 23 mai 2012


État de la situation financière

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État de la situation financière
au 31 mars 2012

	2012	2011
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	537 963	1 008 629
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	3 093 800	13 911 183
Débiteurs	273 858	37 840
	3 905 621	14 957 652
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	338 210	531 482
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	3 093 800	13 911 183
Montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario (notes 3b et 3c)	509 300	541 295
Apports de capital reportés (note 5)	237 523	315 287
	4 178 833	15 299 247
Dette nette	(273 212)	(341 595)
Engagements (note 6)		
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	35 689	26 308
Immobilisations (note 7)	237 523	315 287
	273 212	341 592
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil



David Nichols, Audit and Finance Committee Chair



Wayne Gladstone, Chair, Board of Directors

État des activités financières

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

		2012	2011
	Budget (non audité) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le ministère de la Santé et des			
Soins de longue durée (le « Ministère »)			
Paiements de transfert aux fournisseurs			
de services de santé (note 8)	1 976 494 761	2 129 743 201	2 042 808 997
Activités du RLISS	4 772 730	4 693 700	4 659 791
Chef de service des urgences (note 10a)	-	75 000	75 000
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau			
de soins (« Urgences – ANS ») (note 10b)	-	100 000	100 000
Planification autochtone (note 10c)	-	20 000	20 000
Services de cybersanté (note 10d)	-	600 000	632 000
Soins aux malades en phase critique (note 10e)	-	75 000	75 000
Services en français (note 10f)	-	106 000	170 116
Fonds de transition pour la santé			
des autochtones (note 10g)	-	-	47 202
Projet pilote Soutien en cas de troubles			
du comportement en Ontario (note 10h)	-	750 000	-
Soins primaires (note 10i)	-	43 750	-
Amortissement des apports de capital			
reportés (note 5)	-	156 794	166 962
	1 981 267 491	2 136 363 445	2 048 755 068
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(509 300)	(541 295)
	1 981 267 491	2 135 854 145	2 048 213 773
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs			
de services de santé (note 9)	1 976 494 761	2 129 743 201	2 042 808 997
Frais généraux et administratifs (note 11)	4 772 730	4 821 126	4 748 677
Chef de service des urgences (note 10a)	-	72 161	69 290
Urgences – ANS (note 10b)	-	100 000	96 714
Planification autochtone (note 10c)	-	3 882	-
Services de cybersanté (note 10d)	-	422 449	356 450
Soins aux malades en phase critique (note 10e)	-	72 000	72 000
Services en français (note 10f)	-	49 290	51 665
Fonds de transition pour la santé			
des autochtones (note 10g)	-	-	9 980
Projet pilote Soutien en cas de troubles du			
comportement en Ontario (note 10h)	-	551 905	-
Soins primaires (note 10i)	-	18 131	-
	1 981 267 491	2 135 854 145	2 048 213 773
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

État de la variation de la dette nette

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	Budget (non audité) (note 8)	2012 \$	2011 \$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	(79 030)	(112 939)
Amortissement des immobilisations corporelles	-	156 794	166 962
Variation des autres actifs non financiers	-	(9 381)	22 824
Augmentation de la dette nette	-	68 383	76 847
Dette nette au début	-	(341 595)	(418 442)
Dette nette à la fin	-	(273 212)	(341 595)

État des flux de trésorerie

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	156 794	166 962
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(156 794)	(166 962)
	-	-
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation (diminution) du montant à recevoir du Ministère	10 817 383	(12 377 683)
(Diminution) augmentation des débiteurs	(236 018)	1 154 624
(Diminution) des créditeurs et charges à payer	(193 272)	(891 883)
(Diminution) augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	(10 817 383)	12 377 683
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	(31 995)	187 026
(Diminution) augmentation des charges payées d'avance	(9 381)	22 824
	(470 666)	472 591
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(79 030)	(112 939)
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	79 030	112 939
Augmentation (diminution) nette de la trésorerie	(470 666)	472 591
Trésorerie au début	1 008 629	536 038
Trésorerie à la fin	537 963	1 008 629

Notes complémentaires

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS »), et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la Loi.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS du Centre-Est, qui comprend des régions rurales et urbaines, est le sixième plus grand RLISS en Ontario en termes de territoire (16 673 km²). Présent dans des villes densément peuplées, dans des banlieues, dans des régions rurales agricoles, dans des régions de chalets et dans des régions plus éloignées, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin. La population de nos zones de planification est riche en différentes valeurs communautaires, origines ethniques, langues et caractéristiques socio-démographiques. Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère. Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Le RLISS du Centre-Est est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des RLISS (l'« entente de paiement de transfert ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le RLISS du Centre-Est ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

Avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Les paiements de financement octroyés aux fournisseurs de services de santé situés dans la zone géographique du RLISS sont comptabilisés dans les états financiers du RLISS. Le financement octroyé par le Ministère est reflété à titre de produits, et un montant équivalent au titre des paiements de transfert versés aux fournisseurs de services de santé autorisés est passé en charge dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de paiement de transfert, le RLISS du Centre-Est doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère ou à cyberSanté Ontario, respectivement.

- a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2012	2011
	Financement reçu	Charges admissibles	Surplus	Surplus
	\$	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 129 743 201	2 129 743 201	-	-
Activités du RLISS	4 850 494	4 821 126	29 367	78 076
Urgences – ANS	100 000	100 000	-	3 286
Chef de service des urgences	75 000	72 161	2 839	5 710
Soins aux malades en phase critique	75 000	72 000	3 000	3 000
Services de cybersanté	600 000	422 449	177 551	275 550
Planification autochtone	20 000	3 882	16 118	20 000
Services en français	106 000	49 290	56 710	118 451
Fonds de transition pour la santé des autochtones	-	-	-	37 222
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	750 000	551 905	198 095	-
Chef des soins primaires	43 750	18 131	25 619	-
	2 136 363 445	2 135 854 145	509 300	541 295

- b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	541 295	354 269
Recouvrement auprès du Ministère au cours de l'exercice	(541 295)	(354 269)
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	331 749	541 295
Montant à verser au Ministère à la fin	331 749	541 295

- c) Le montant à verser à cyberSanté Ontario au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	\$	\$
Montant à verser à cyberSanté Ontario au début	-	-
Remboursement à cyberSanté Ontario au cours de l'exercice	-	-
Montant du financement remboursable à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	177 551	-
Montant à verser à cyberSanté Ontario à la fin	177 551	-

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujettis aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2012	2011
	\$	\$
Solde au début	315 287	369 310
Apports de capital au cours de l'exercice	79 030	112 939
Amortissement pour l'exercice	(156 794)	(166 962)
Solde à la fin	237 523	315 287

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location jusqu'en 2017 s'établissent comme suit :

	\$
2013	236 537
2014	232 949
2015	228 331
2016	133 193
2017	-
	831 010

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les cibles en matière de planification des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	\$
2013	2 088 200 455
2014	2 088 200 455

Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations

			2012	2011
			Valeur	Valeur
	Coût	Amortissement cumulé	comptable	comptable
	\$	\$	nette	nette
Mobilier et agencements de bureau	521 361	420 080	101 281	81 686
Matériel informatique	268 615	244 260	24 355	68 137
Développement Web	36 100	28 507	7 593	-
Améliorations locatives	668 028	563 734	104 294	165 464
	1 494 104	1 256 581	237 523	315 287

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2011. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 2 129 743 201 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	1 976 494 761
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	153 248 440
Budget de financement total des fournisseurs de services de santé	2 129 743 201

Le budget d'exploitation total révisé de 6 542 480 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget initial présenté à l'état des activités financières	4 772 730
Financement additionnel reçu relativement à des initiatives non récurrentes :	
Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences	75 000
Soins aux malades en phase critique	75 000
Services de cybersanté	600 000
Planification autochtone	20 000
Services en français	106 000
Projet pilote Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	750 000
Soins primaires	43 750
Total du budget	6 542 480

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 2 123 837 001 \$ (2 042 808 997 \$ en 2011) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2012 :

	2012	2011
	\$	\$
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	-	3 271 065
Gestion d'hôpitaux	1 252 096 815	1 206 183 380
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	283 200	286 275
Centres de soins de longue durée	410 848 439	387 840 154
Centres d'accès aux soins communautaires	227 764 449	217 505 556
Services de soutien communautaires	32 615 566	29 881 514
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	13 809 205	13 675 055
Centres de soins de santé communautaires	20 843 048	19 816 160
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	57 930 372	54 169 878
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	112 077 447	108 726 800
Lésion cérébrale acquise	1 450 060	1 428 560
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	24 600	24 600
	2 129 743 201	2 042 808 997

Les paiements de l'exercice 2010-2011 représentent la répartition approuvée par le RLISS en vue de soutenir des subventions versées à des hôpitaux publics et à des hôpitaux psychiatriques spécialisés pour l'exercice 2010-2011 en vertu du fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé pour l'exercice 2010-2011 et des lignes directrices relatives au fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé pour l'exercice 2010-2011, lesquelles ont été fournies aux RLISS par le Ministère. Pour l'exercice 2011-2012, les subventions liées au fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé ont été octroyées à titre de fonds gérés par le Ministère.

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS du Centre-Est par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets.

a) Chef de service des urgences

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2011) relativement aux fonctions du chef de service des urgences. Les charges liées aux fonctions du chef de service des urgences engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Services-conseils	72 000	69 290
Autres	161	-
	72 161	69 290

b) Urgences – ANS

Le RLISS a reçu un financement de 100 000 \$ (100 000 \$ en 2011) relativement au projet Urgences – ANS. Les charges liées au projet Urgences – ANS engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 93 570 \$ en salaires et charges sociales (96 714 \$ en 2011) et un montant de 6 430 \$ pour d'autres charges (néant en 2011).

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS du Centre-Est par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets. (suite)

c) Planification autochtone

Le RLISS a reçu un financement de 20 000 \$ (20 000 \$ en 2011) relativement au projet de planification autochtone. Les charges liées au projet de planification autochtone engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de néant en honoraires de services-conseils (néant en 2011) et un montant de 3 882 \$ pour d'autres charges (néant en 2011).

d) Services de cybersanté

Le RLISS a reçu un financement de 600 000 \$ (632 000 \$ en 2011) relativement au projet de services de cybersanté. Les charges liées aux services de cybersanté engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Services-conseils	20 006	19 301
Salaires et charges sociales	290 314	308 718
Réunions	18 468	-
Fournitures et autres	93 661	28 431
	422 449	356 450

e) Soins aux malades en phase critique

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2011) relativement au projet de soins aux malades en phase critique. Les charges liées au projet de soins aux malades en phase critique engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 72 000 \$ en honoraires de services-conseils (72 000 \$ en 2011).

f) Services en français

Le RLISS a reçu un financement de 106 000 \$ (170 116 \$ en 2011) relativement au projet de services en français. Les charges liées au projet de services en français engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 49 290 \$ en salaires et charges sociales (51 665 \$ en 2011).

g) Financement du Fonds de transition pour la santé des autochtones

Le RLISS a reçu un financement de néant (47 202 \$ en 2011) relativement au projet de financement du Fonds de transition pour la santé des autochtones. Les charges liées au projet de financement du Fonds de transition pour la santé des autochtones engagées au cours de l'exercice, ou les économies réalisées à ce titre, comprenaient un montant de néant en charges de réunions (9 980 \$ en 2011).

h) Projet pilote Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

Le RLISS a reçu un financement de 750 000 \$ (néant en 2011) relativement au projet pilote Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. Les charges liées à ce projet engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 150 296 \$ en honoraires de services-conseils (néant en 2011), un montant de 223 720 \$ en salaires et charges sociales (néant en 2011), un montant de 74 326 \$ en charges de réunions (néant en 2011) et un montant de 103 563 \$ en charges diverses (néant en 2011).

i) Soins primaires

Le RLISS a reçu un financement de 43 750 (néant en 2011) relativement aux soins primaires. Les charges liées aux soins primaires engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 18 000 \$ en honoraires de services-conseils (néant en 2011) et un montant de 131 \$ en charges de réunions (néant en 2011).

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires et charges sociales	3 441 389	3 328 839
Charges locatives	282 431	382 055
Amortissement	156 794	166 962
Services partagés	501 995	409 495
Activités communautaires	88 617	73 075
Services-conseils	57 418	71 891
Fournitures	98 524	106 584
Charges des membres du Conseil	103 146	120 625
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	2 211	1 670
Autres	88 601	87 481
	4 821 126	4 748 677

Les frais généraux et administratifs incluent les indemnités quotidiennes et les charges liées au Conseil suivantes :

	Budget 2012	2012	2011
	\$	\$	\$
Charge au titre des indemnités quotidiennes du président du Conseil	50 000	50 957	41 300
Charge au titre des indemnités quotidiennes des autres membres du Conseil	100 000	25 419	58 947
Charge historique au titre de l'Agence du revenu du Canada	-	-	(12 729)
Frais de gouvernance et de déplacements	70 000	26 770	33 106
Charges totales	220 000	103 146	120 625

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLIS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 33 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2012 s'est établi à 270 985 \$ (258 290 \$ en 2011) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2011, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujéti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Chiffres correspondants

Certains chiffres correspondants ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle adoptée pour l'exercice considéré.

MEMBRES DU PERSONNEL



Rangée arrière

Suzette Stines-Walford, Jai Mills, Ritva Gallant, Emily Van de Klippe, Marilee Suter, Sheila Rogoski, Brian Laundry

Seconde rangée du milieu

Alex Ruppert, Dieufert Bellot, Brittany Peterson, Jeanne Thomas, Marlene Ross, Jennifer Kerswill, Indra Narula, Lauren Chitra, Naj Hassam, Tapas Kar

Première rangée du milieu

Christine Laity, Dana Lian, Kate Reed, Jina Mintsinikas, Jennifer Persaud, Linda Henry, Lisa Lambert, Karen O'Brien, Katie Cronin-Wood

Rangée avant

James Meloche, Paul Barker, Deborah Hammons

Absents

Marco Aguila, Janet Boland, Amanda English, Carolyn Kanhai, Ajay Thusoo, Charli Law

COORDONNÉES

Téléphone	905 427-5497 1 866 804-5446
Télécopieur	905 427-9659
Adresse	Harwood Plaza 314 Harwood Avenue South, Suite 204A Ajax, ON L1S 2J1
Courriel	centralcast@RLISSs.on.ca
Site web	www.centralcastlhin.on.ca

ISSN 1911-3331 Print



Ontario
Local Health Integration
Network